



UNIVERSIDADE  
**NOVA**  
DE LISBOA



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Ana Margarida  
Martins Ribeiro

**Curso Clínico da resposta ao  
tratamento em utentes com Dor  
Lombar Crónica – Estudo de  
Coorte Prospetivo**

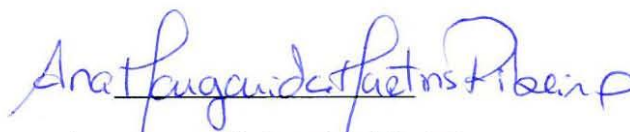
Dissertação de Mestrado em Fisioterapia  
Relatório de Projeto de Investigação

Dezembro de 2016

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo- Esqueléticas realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz e co-orientação do Mestre em Fisioterapia Diogo André Fonseca Pires

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,



(Ana Margarida Martins Ribeiro)

Setúbal, 12 de Dezembro de 2016....

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

O orientador,

---

(Professor Doutor Eduardo Brazete Cruz)

Setúbal, .... de ..... de .....

## AGRADECIMENTOS

Apesar de o percurso nunca ser como esperamos, urge agradecer às pessoas que direta ou indiretamente foram responsáveis para que todas as condições estivessem reunidas para que este projeto fosse alcançado.

Antes de todos, ao *Professor Eduardo Cruz*, não só pela orientação, mas principalmente pela partilha de conhecimentos, pelo exemplo, pela disponibilidade e pela paciência ao longo de todo o percurso.

Ao *Fisioterapeuta Diogo* pela co-orientação, pela ajuda académica, pela partilha de conhecimentos, motivação e amizade.

Aos meus pais e irmão pela compreensão de todos os momentos menos bons, pela ajuda em todos os outros aspetos da minha vida que indiretamente influenciam este objetivo e acima de tudo, por sempre acreditarem em mim.

Aos meus amigos e familiares mais próximos, pela preocupação, motivação e pela constante disponibilidade para ajudar.

Aos meus colegas de Mestrado pela entreaajuda, colaboração e partilha deste caminho.

Às minhas colegas de trabalho que para além da grande amizade, tudo fizeram para me proporcionar o ambiente ideal à concretização deste objetivo, em especial à *Ana, Mónica, Isabel e Albertina*.

A todos a minha gratidão! Muito Obrigada!

*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta ao seu tamanho inicial”*

*Albert Einstein*

## RESUMO

### Curso Clínico da resposta ao tratamento em fisioterapia em utentes com Dor Lombar

#### Crónica – Estudo de Coorte Prospetivo

Ana Margarida Ribeiro; Eduardo Cruz; Diogo Pires

**Introdução:** O curso clínico dos utentes com Dor Lombar Crónica de origem não-específica, em tratamento de fisioterapia, é muito heterogéneo. Para isto contribui a falta de uniformidade na escolha dos desenhos de estudo para avaliar o curso clínico dos resultados do tratamento e a grande variabilidade de critérios de resposta utilizados.

**Objectivo:** Descrever o curso clínico da resposta ao tratamento multimodal de Fisioterapia na intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção de melhoria em indivíduos com DLCNE, com avaliações repetidas semanalmente durante período de intervenção (8 semanas) e *follow-up* aos 3 meses após o início da fisioterapia.

**Metodologia:** 135 utentes referenciados para a Fisioterapia, avaliados antes da intervenção e semanalmente durante 7 semanas e 3 meses após o início da fisioterapia. Os critérios de resposta foram determinados segundo a Diferença Mínima Clinicamente Importante para cada instrumento de medida: Escala Numérica da Dor para a intensidade da dor, *Quebec Back Pain Disability Scale* para a incapacidade funcional e *Global Back Recovery Scale* para a percepção de melhoria. **Resultados:** Dos 135 participantes, 117 completaram o período de intervenção e 105 completaram o *follow-up* de 3 meses. Relativamente à resposta ao tratamento, a obtenção da DMCI num primeiro momento de avaliação foi alcançada: na intensidade da dor em 68,9% dos participantes (n=93) às 8 semanas após o início do tratamento e 71,1% (n=96) no *follow-up* de 3 meses; na incapacidade funcional em 58,5% (n=79) às 8 semanas após o início do tratamento e 59,3% (n=80) no *follow-up* de 3 meses; na percepção de melhoria em 80,7% (n=109) às 8 semanas após o início do tratamento e 82,2% (n=111) no *follow-up* de 3 meses. Para este critério as medianas do tempo de sobrevivência foram alcançadas: às 3 semanas após o início da intervenção na intensidade de dor e percepção de melhoria e às 5 semanas após o início da intervenção na incapacidade funcional. A recuperação completa foi obtida por: 8,9% (n=12) às 8 semanas após o início do tratamento e no *follow-up* de 3 meses na intensidade da dor e por 0,7% (n=1) às 8 semanas após o início do tratamento e no *follow-up* de 3 meses na incapacidade funcional. Com este critério a mediana não foi alcançada para nenhum dos *outcomes*. Dos 96 utentes recuperados na intensidade da dor 67,7% (n=65) voltou a piorar; dos 80 recuperados na capacidade funcional 51,3% (n=41) voltou a piorar e dos 111 recuperados na percepção de melhoria, 32 (28,8%) voltou a piorar. **Conclusão:** Parecem haver diferentes padrões de recuperação entre os participantes, sendo que com qualquer critério surgiram participantes com probabilidade de recuperação e em vários momentos de avaliação. Ao longo do tempo o comportamento dos *outcomes* parece seguir um padrão de mudança: primeiro a percepção de melhoria, depois a intensidade da dor e por fim a incapacidade funcional, mas são necessários mais estudos para confirmar. Este estudo pode ser um contributo para o conhecimento do comportamento dos *outcomes* ao longo do tempo segundo diferentes critérios de sucesso estabelecidos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Curso Clínico, Fisioterapia, Dor Lombar Crónica, Análise de Sobrevivência.

# ABSTRACT

## Clinical Course of physiotherapy treatment response in patients with Chronic Low Back Pain – a prospective cohort study

Ana Margarida Ribeiro; Eduardo Cruz; Diogo Pires

**Introduction:** The clinical course of patients with non-specific Chronic Low Back Pain (CLBP) in physiotherapy treatment is heterogeneous. For this contributes the lack of uniformity in the study designs to evaluate the clinical course of treatment response and the great variability of the response criteria. **Aim:** To describe the clinical course of pain intensity, functional disability and perception of global recovery in CLBP patients undergoing multimodal physiotherapy treatment. **Methodology:** A prospective cohort study of 135 patients referred to physiotherapy with repeated weekly evaluations during the intervention period (8 weeks) and 3-month follow-up after the beginning of physiotherapy intervention. Response criteria were determined according to the Minimal Clinically Important Difference (MCID) for each measure instrument: Numeric Pain Rating Scale for pain intensity, Quebec Back Pain Disability Scale for functional disability and Global Back Recovery Scale for perception of global recovery. **Results:** Of the 135 patients, 117 completed the intervention period and 105 completed the 3-month follow-up. Regarding the response to treatment, the achievement of MCID was: in pain intensity in 68,9% of patients (n=93) at 8 weeks after the beginning of treatment and 71,1% (n=96) at 3-month follow-up; in functional disability in 58,5% (n=79) at 8 weeks after the beginning of treatment and 59,3% (n=80) at 3-month follow-up; in perception of global recovery 80,7% (n=109) at 8 weeks after the beginning of treatment and 82,2% (n=111) at 3-month follow-up. For this criteria the survival time medians were reached: at 3 weeks after the beginning of treatment in pain intensity and perception of global recovery and at 5 weeks after the beginning of treatment in functional disability. Complete recovery was achieved by: 8,9% (n=12) at 8 weeks after the beginning of treatment and at 3-month follow-up in pain intensity and by 0,7% (n=1) at 8 weeks after the beginning of treatment and at 3-month follow-up in functional disability. With this criterion the survival time median was not reached for any outcome. Of the 96 patients recovered in pain intensity 67,7% (n=65) worsened again, and of the 80 patients recovered in functional disability 51,3% (n=41) worsened again. **Conclusions:** There seem to be different patterns of recovery among the participants. Over the time the outcomes behaviour seems to follow a pattern of change: first the perception of global recovery, then the pain intensity and finally the functional disability, but more studies are necessary to confirm these findings. This study can be a contribution of the knowledge of the outcomes behaviour during treatment time and according to different recovery criteria.

**KEYWORDS:** Clinical Course; Physiotherapy; Chronic Low Back Pain; Survival Analysis.

## Índice

1. Introdução.....	1
2. Metodologia .....	7
2.1. Instrumentos .....	9
2.2. Análise Estatística .....	12
3. Apresentação de Resultados .....	13
3.1. Caracterização sociodemográfica .....	13
3.2. Evolução dos <i>outcomes</i> no período de tratamento e <i>follow-up</i> .....	16
3.3. Curso clínico da resposta ao tratamento .....	19
3.3.1. Melhoria igual ou superior à DMCI num primeiro momento de avaliação	19
3.3.2. Melhoria igual ou superior à DMCI em 2 momentos de avaliação consecutivos e no <i>follow-up</i> de 3 meses; .....	21
3.3.3. Recuperação completa.....	24
3.3.4. Recorrências .....	24
4. Discussão de Resultados .....	26
4.1. Limitações .....	32
5. Conclusão .....	34
6. Referências Bibliográficas .....	35
Índice de Figuras.....	41
Índice de Tabelas .....	42
Apêndices.....	43

## 1. Introdução

Dor lombar é definida como dor, tensão muscular ou rigidez localizada na região lombar abaixo da linha da 12<sup>a</sup> costela e acima das pregas glúteas inferiores, com ou sem dor no membro inferior (Airaksinen et al. 2006; Woolf & Pfleger 2003; Verkerk et al. 2011). Esta condição é usualmente subdividida em dor lombar aguda quando tem uma duração até as 6 semanas, subaguda entre as 6 semanas e os 3 meses e crónica quando perdura mais do que 3 meses (Woolf & Pfleger 2003; Heymans et al. 2007).

Relativamente à sua etiologia, é classificada como “específica” (suspeita de causa patológica) ou “não-específica”. A maioria dos casos é descrita como não-específica, representando cerca de 85% - 90% dos casos (Hush et al. 2012), uma vez que a correlação entre a imagem radiológica e os sintomas é fraca (Hidalgo et al. 2014), não sendo reconhecida e atribuível a nenhuma patologia específica (Woolf & Pfleger 2003; Fersum et al. 2010).

Do ponto de vista clínico e socioeconómico, a dor lombar crónica (DLC) é um problema de saúde importante, pela elevada prevalência e custos, diretos e indiretos associados (Dagenais, Caro & Haldeman, 2008; Manchikanti et al., 2009). A condição tem grande impacto nas atividades diárias dos indivíduos, na utilização dos serviços de cuidados de saúde e na capacidade para trabalhar, sendo uma das principais causas de incapacidade (Verkerk et al. 2011; Hush et al. 2009; Chen et al. 2007).

Quanto à prevalência, o primeiro estudo epidemiológico de larga escala em Portugal para avaliação de doenças reumáticas - Epireuma, com 10.661 participantes, destacou a dor lombar como a doença reumática mais prevalente com 26.4% (95% IC 23.3% a 29.5%) (Branco et al. 2016). A partir dos dados do Epireuma foi desenvolvido outro estudo, com o objetivo de determinar a prevalência da DLC “activa” (presente no dia da entrevista e na maioria do tempo durante pelo menos 90 dias) na população adulta portuguesa, chegando à conclusão que esta representa 10.4% (95% IC 9.6;11.9%) (Gouveia et al. 2015).

No que diz respeito ao impacto sócio- económico, a DLC está associada a incapacidade a longo prazo e consequentemente a uma carga socioeconómica significativa (Helmhout et al. 2010). Este impacto diz respeito a custos com os cuidados médicos, pagamento de indemnizações, perda de produtividade, reinserção no trabalho, custos administrativos e litígios (Gouveia et al. 2015; Azevedo et al. 2014). Em Portugal



Continental, os custos relacionados com o consumo de cuidados de saúde com a DLC (custos diretos), revelaram ser consideravelmente altos (Gouveia et al. 2015), alcançando os €738.85m (Gouveia & Augusto 2011). Segundo dados do Epireuma, 30.6% dos indivíduos referiram ter consultado um médico mais de 7 vezes no último ano, 14.3% foram hospitalizados e 23.3% admitiram estar à procura de tratamentos complementares (Gouveia et al. 2015). Os custos indiretos são igualmente superiores na DLC relativamente às outras doenças reumáticas músculo-esqueléticas (OR 1.88,  $p=0.018$ ) (Gouveia et al. 2015). Os valores relacionados com o absentismo e reformas antecipadas situam-se em €738.85m (Gouveia & Augusto 2011).

O curso clínico é a designação utilizada para descrever o curso de uma determinada condição em resposta a uma intervenção específica (Sterling 2014). O curso clínico da dor lombar crónica não específica (DLCNE) é complexo, incerto e de prognóstico variável (Airaksinen et al. 2006; Koes et al. 2001; Costa et al. 2009; Verkerk et al. 2015). Independentemente da intervenção, as melhorias, quer na dor, quer na função, parecem ocorrer principalmente nas primeiras 4 semanas de intervenção sendo depois mais lentas até às 12 semanas (Artus et al. 2010; Verkerk et al. 2015). Após este período as possibilidades de recuperação diminuem (Artus et al. 2010; Verkerk et al. 2015).

No entanto, o curso clínico da condição pode flutuar ao longo do tempo de forma imprevisível, com recorrências (frequentes), exacerbações, ou remissões (Verkerk et al. 2011; Macedo et al. 2014). Enquanto que alguns estudos mostram que a remissão do problema apenas ocorre entre 9% a 25% da população com DLCNE, outros reportam que 28,7% dos indivíduos com DLCNE irá sofrer uma recorrência dentro de 6 meses, (Cassidy et al. 2005), 50% sofrerá recorrências no prazo de 1 ano, 60% em 2 anos e 70% em 5 anos (Hoy et al. 2010), contribuindo para estimativas que reportam que entre 33,9% a 58% dos utentes com DLCNE referem sintomas persistentes após um ano (Cassidy et al. 2005; Chen et al. 2015; Kongsted et al. 2015; Costa et al. 2009; Airaksinen et al. 2006; Koes et al. 2001).

Também numa meta-análise publicada em 2012, que incluiu 33 estudos de coorte prospetivos com indivíduos com DL aguda ou persistente, verificou nos estudos sobre DL persistente (duração média da dor > 6 semanas na *baseline*) que a recuperação ocorreu em menos de metade dos participantes no *follow-up* mais longo (52 semanas após o início dos sintomas). Segundo os autores é esperado que os utentes com DL persistente tenham

níveis moderados de dor e incapacidade no *follow-up* de 12 meses (média da dor=23; média da incapacidade= 17) (Costa et al. 2012).

Numa revisão sistemática realizada a partir de 36 artigos (28 estudos observacionais e 8 RCT's) que seguiram o curso da DL em indivíduos submetidos a diferentes tipos de intervenção, revelou que a proporção de utentes que mantiveram dor depois de 12 meses oscilou entre 42 e 75%, com um valor médio de 62% (Hestbaek et al. 2003). Também no estudo prospetivo de Enthoven et al. (2004), com 314 participantes, 45% reportou dor (VAS  $\geq 10$ mm) e incapacidade (Oswestry  $\geq 10\%$ ) no *follow-up* de um ano e 52% no *follow-up* de 5 anos. Dos 75% que reportaram dor contínua no *follow-up* de 1 ano reportaram o mesmo no *follow-up* de 5 anos. Sendo que 63% dos participantes reportou recorrência ou dor contínua no *follow-up* de 5 anos. (Enthoven et al. 2004). Num outro estudo de coorte de sobrevivência (n=406), que teve como objetivo descrever prospectivamente o curso clínico de 406 utentes com DCL (casos incidentes) em tratamento de fisioterapia, acompanhados durante um período de tempo de um ano, relativamente à intensidade da dor e incapacidade funcional, apenas 35% e 41% dos utentes com DCL recuperaram totalmente da condição clínica, aos 9 e 12 meses após a avaliação inicial, respetivamente (Costa et al. 2009). Também num estudo mais recente, desenvolvido por Verkerk e colaboradores (2013) com uma amostra de 1760 casos prevalentes de DCL, submetidos a intervenção cognitivo-comportamental e avaliados ao nível de incapacidade funcional aos 2 meses após a avaliação inicial, coincidente com o término da intervenção, e aos 5 e 12 meses, apenas 24,1% (n=409) dos participantes reportou recuperação total (pontuação  $\leq 20$  na *Quebec Back Pain Disability Scale*) após 2 meses de intervenção, e 30,9% e 38,3% aos 5 e 12 meses de *follow-up*, respetivamente (Verkerk et al. 2013).

Para além de outros aspetos, as diferenças encontradas nos valores reportados no estudos acerca do curso clínico refletem a ausência de critério para definir a resposta esperada ao tratamento, sobre o que a constitui, e por consequência sobre a orientação da forma como devem ser medida. Daqui resulta uma grande variedade de critérios de resposta utilizados e por consequência diferentes resultados. Em alguns estudos, o termo recuperação é utilizado como sinónimo de recuperação clínica total (“cura”), noutros como remissão total dos sintomas, noutros melhoria global, e ainda noutros como sinónimo de melhoria em vários indicadores, tais como, melhoria na dor, incapacidade, ou retorno ao trabalho. Por exemplo, no estudo de coorte prospetivo de Helmhout et al.

(2010) realizado a partir de dados de 3 RCT's sobre a efetividade de exercício terapêutico em indivíduos com DLCNE (n=273), os autores definiram melhoria como a obtenção simultânea de 2 dos seguintes critérios: 30% ou mais de melhoria no *Roland Morris Disability Questionnaire*, e uma pontuação de “completamente recuperado” ou “muito melhor” na escala de Percepção Global de Efeito ou 20% numa escala percentual (0-100%) de autoavaliação da mudança relativamente ao início do tratamento. Neste estudo 119 dos 225 dos participantes (53%) melhoraram após o tratamento, e 131 dos 210 participantes (62%) melhoraram no *follow-up* de 6 meses. De entre todos os participantes do estudo (n=273) apenas 3% (n=9) teve pontuação zero no *Roland Morris Disability Questionnaire*. Costa et al. (2009) definiram recuperação completa como a manutenção por 30 dias dos seguintes *outcomes*: ausência de dor, de incapacidade e retorno ao trabalho. A probabilidade cumulativa de ter pontuação zero de dor aos 9 meses foi apenas de 35% e de 42% aos 12 meses e probabilidade cumulativa de recuperação completa foi de 35% aos 9 meses e 41% aos 12 meses (Costa et al. 2009). No trabalho de Macedo et al. (2014), que consistiu numa análise secundária de dados provenientes de um RCT com 155 participantes com DLCNE foi utilizada uma definição de recuperação que incluía, intensidade da dor igual a zero mantida durante um mês, sendo que a recuperação ocorreu em apenas 35.1% dos indivíduos. Num estudo prospetivo (n=1760) com o objetivo de determinar o curso da DLCNE após tratamento multidisciplinar de 2 meses, foram utilizados como critérios de recuperação: a) recuperação relativa: melhoria em pelo menos 30% na EVA; e b) recuperação total: pontuação  $\leq 10$ mm na EVA (Verkerk et al. 2015). Segundo estes critérios a recuperação relativa foi reportada por 904 participantes (53.8%) após o tratamento e nos *follow-up* de 5 e 12 meses, respetivamente por 862 (55.2%) e 578 (60.5%), A recuperação absoluta foi alcançada por 233 pacientes (13.7%) após o tratamento, e aos 5 e 12 meses por 310 (19.8%) e 275 (28.6%) utentes, respetivamente. (Verkerk et al. 2015).

A heterogeneidade de resultados acima referidos encontra-se refletida nos resultados de uma revisão sistemática desenvolvida por Kamper et al. (2010). Dos 82 estudos publicados nos últimos 10 anos que avaliam recuperação como um *outcome*, foram utilizados 76 critérios de resposta diferentes, dos quais 66 foram estabelecidos a partir de diferentes instrumentos de medida. Acresce a este aspeto, outro factor com variação enorme entre estudos que é a duração de tratamento necessária para que os pacientes obtenham o critério de recuperação. A utilização desta variedade de domínios

reflete a diferença de ideias entre os investigadores sobre a melhor forma de conceptualizar recuperação de DL e é evidentemente prejudicial à interpretação da literatura sobre DL (Kamper et al. 2011).

Por outro lado, os desenhos de estudo comumente utilizados recorrem à comparação de médias do(s) grupo(s) estimadas a partir de momentos de avaliação pré-estabelecidos e distantes entre si (Macedo et al. 2014; Kongsted et al. 2015; Dunn et al. 2006). Os estudos realizados de resposta ao tratamento avaliam dados na *baseline*, imediatamente após o término do tratamento (apenas alguns), e depois em períodos de *follow-up* muito variados. Por exemplo, nos estudos de Dunn et al. (2006) e de Macedo et al. (2014) foram recolhidos dados mensalmente durante um ano. No estudo de Kongsted et al. (2015) foram avaliadas, semanalmente, a intensidade da dor e a frequência semanal de dor, mas os restantes *outcomes* (escala de Percepção de Melhoria Global e o *Roland Morris Disability Questionnaire*) foram apenas avaliados na *baseline* e nos *follow-up* de 2, 3 e 12 meses. Helmhout et al. (2010) realizaram avaliações na *baseline*, após o término do tratamento e 6 meses após o término do tratamento. Verkerk et al. (2015) realizaram avaliações na *baseline*, aos 2 meses (após término da intervenção), e 5 e 12 meses de *follow-up*. Assim, para além de se demonstrar não haver uniformidade na escolha dos momentos de avaliação, os estudos não são adequadamente desenhados para caracterizar o curso clínico dos sintomas, não se sabendo, por exemplo quando, no decorrer da intervenção, é atingido um determinado critério de sucesso, ou se este se mantém ao longo do tempo. Por outro lado, os estudos acerca do curso clínico além de escassos (Airaksinen et al. 2006; Verkerk et al. 2015), têm recorrido a desenhos metodológicos e análises estatísticas que assentam na descrição do comportamento médio das amostras em estudo, limitadas aos valores de avaliação pré e pós intervenção (Kongsted et al. 2015). Para se desenvolver investigação acerca do curso clínico e assim se conhecer melhor o comportamento dos *outcomes* durante a intervenção são necessárias avaliações frequentes e repetidas durante o período de tratamento (Dunn et al. 2006).

Assim, e considerando as limitações referidas, este estudo pretende descrever o curso clínico da resposta ao tratamento multimodal de Fisioterapia na intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção de melhoria em indivíduos com DLCNE, recorrendo a avaliações repetidas semanalmente desses *outcomes*, num período de intervenção de 2 meses (8 semanas) com avaliação de *follow-up* aos 3 meses após o início da fisioterapia. Adicionalmente pretende-se analisar as alterações do curso clínico de acordo com

diferentes critérios de resposta utilizados, nomeadamente: 1) Obtenção da Diferença Mínima Clinicamente Importante (DMCI) para cada *outcome* num primeiro momento de avaliação; 2) Obtenção da DMCI para cada *outcome* mantida, no mínimo, durante 2 semanas consecutivas e na avaliação de *follow-up* aos 3 meses após o início da intervenção; 3) Obtenção da recuperação completa tal como foi definida no estudo de Costa et al. (2009), ou seja, manutenção por 30 dias de ausência de dor ou ausência de incapacidade.

Este é um primeiro estudo de natureza exploratória. Os seus resultados irão fornecer informação preliminar acerca do tempo necessário para se alcançar um determinado critério de melhoria, das diferenças de resultados obtidos consoante o critério de melhoria utilizado, de eventuais respostas diferenciadas dos participantes ao longo do tempo de tratamento, e de eventuais respostas diferenciadas consoante o *outcome* avaliado.

## **2. Metodologia**

Foi realizado um estudo de coorte prospetivo com 135 indivíduos com DLCNE, a iniciar tratamento de Fisioterapia, recrutados de forma consecutiva, em 16 serviços de Fisioterapia (4 IPSS, 4 clínicas privadas, 3 centros de saúde, 3 entidades particulares, 1 hospital, 1 clínica pedagógica) no período decorrido entre Outubro de 2015 e Novembro de 2016. Eram elegíveis todos os utentes que reportassem dor localizada na região lombar, com ou sem irradiação para o membro inferior, que persistisse há pelo menos 12 semanas (Verkerk et al. 2011; Smeets et al. 2008) ou presença de recorrências de DL por um período de 6 meses, sem causa específica, (Airaksinen et al. 2006; Bekkering et al. 2003; Krismer et al. 2014) com idade compreendida entre os 18 anos e os 65 anos (as comorbilidades associadas ao envelhecimento poderão estar de alguma forma associadas à DL, por esse motivo a população idosa não foi incluída) (Jones et al. 2014), e que soubessem ler e escrever Português Europeu de forma a garantir autonomia no preenchimento dos instrumentos de medida autoadministrados.

Foram excluídos os indivíduos com patologia específica, nomeadamente, presença de sintomas de compressão radicular, cauda equina, doença sistémica, inflamatória e/ou infecciosa, dor de origem visceral/maligna ou fratura/risco de fratura associado a osteoporose (Smeets et al. 2006; Goldby et al. 2006), presença de dor lombar associada a patologia específica, tal como, infeção, tumor, osteoporose, fratura, deformidade estrutural, doença inflamatória (ex. espondilite anquilosante) (Verkerk et al. 2011; Goldby et al. 2006; Smeets et al. 2008), que tivessem realizado cirurgia lombar nos últimos 6 meses, ou Fisioterapia ou outro tratamento conservador por sintomas lombares nos 3 meses prévios, com exceção da medicação para a dor. Foram ainda excluídas as mulheres que se encontravam em situação de gravidez, uma vez que a dor lombar durante a gravidez é comum, tendo sido demonstrado que as mulheres grávidas experienciam algum tipo de DL durante o período de gestação, no entanto, os fatores etiológicos apontados são divergentes dos fatores associados à DLCNE (Verkerk et al. 2011; Smeets et al. 2008; Fersum et al. 2010)

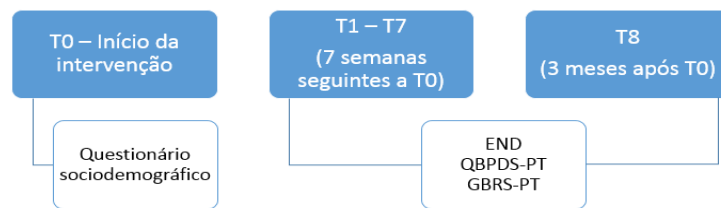
O presente estudo foi submetido para apreciação à Comissão Especializada de Ética para a Investigação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Após análise dos aspetos éticos relacionados com o estudo, a Comissão considerou cumpridos os requisitos necessários, confirmando a viabilidade do mesmo e autorizando a sua realização.

Os participantes foram recrutados por fisioterapeutas colaboradores, convidados formalmente a participar no estudo. A todos os que aceitaram colaborar na recolha de dados foi fornecido um Manual de Recrutamento e Seleção da Amostra (Apêndice A) onde constavam todos os passos de identificação de potenciais participantes, critérios de inclusão e exclusão e convite ao utente. Para o registo e avaliação das modalidades de intervenção usadas pelos fisioterapeutas colaboradores foi fornecida aos mesmos uma Folha de Registo de Procedimentos (Apêndice B) por cada utente. Nesta ficha constam informações como a referenciação para a Fisioterapia, o subsistema de saúde do participante, data de início da intervenção, data de alta e seu motivo e o registo e calendarização das modalidades realizadas em cada semana de tratamento. Complementarmente à documentação enviada foi realizada uma sessão de esclarecimento.

Após explicação do objetivo do estudo, o carácter voluntário da participação, potenciais riscos e vantagens, procedimentos para garantir a confidencialidade e anonimato, e procedimentos de recolha de dados, e a possibilidade de interromper a participação do estudo a qualquer momento do mesmo sem explicações e sem que haja qualquer constrangimento, desvantagem ou prejuízo (descrito na Carta Explicativa entregue aos utentes - Apêndice C) os utentes que aceitaram participar assinaram a Declaração de Consentimento Informado (Apêndice D).

Após verificação dos critérios de inclusão/ exclusão e assinatura do consentimento informado deu-se início ao estudo. Na avaliação inicial (T0), coincidente com o início do tratamento de Fisioterapia, os participantes preencheram um questionário sociodemográfico e clínico, a Escala Numérica da Dor (END) (incluída no Questionário sociodemográfico) e a versão Portuguesa da *Quebec Back Pain Disability* (QBPDS-PT). Semanalmente até à 8ª semana de tratamento (T1 a T7), correspondente à primeira sessão de cada semana do tratamento de Fisioterapia, os participantes preencheram a END, a QBPDS-PT e a versão Portuguesa da *Global Back Recovery Scale* (GBRS). No *follow-up*, 3 meses após o início do tratamento (T0), repetiram o preenchimento dos mesmos instrumentos (END; QBPDS-PT; GBRS-PT). Todos estes instrumentos foram fornecidos previamente aos fisioterapeutas colaboradores num Caderno de Instrumentos para o efeito (Apêndice E).

Figura 1. Desenho do estudo



Os instrumentos de avaliação foram entregues para preenchimento aos participantes pelos fisioterapeutas colaboradores. Foi dada indicação para o preenchimento autónomo dos questionários, sem auxílio do fisioterapeuta. Depois de preenchidos, o fisioterapeuta colaborador selava-os em envelope fechado até os devolver à investigadora. Relativamente à intervenção realizada não existiu qualquer orientação aos fisioterapeutas que aceitaram colaborar no estudo relativamente ao tipo de modalidades/ procedimentos a adotar. Este estudo não tem como objetivo demonstrar que existe um efeito de tratamento mas sim descrever o tempo necessário para que determinado evento ocorra. Ainda assim, no presente estudo observou-se que na prática clínica, os Fisioterapeutas utilizaram diferentes combinações de modalidades de tratamento tal como descrito anteriormente por Moniz et al. (2012) De uma forma genérica, o tratamento em Fisioterapia foi constituído por educação/informação/aconselhamento, exercícios terapêuticos, prescrição, aplicação e confecção de dispositivos, eletroterapia, terapia manual, agentes físicos e modalidades mecânicas, treino de retorno à atividade profissional e outros procedimentos não farmacológicos sendo que as modalidades mais utilizadas foram o exercício terapêutico (43,3%), a terapia manual (18,9%) e a educação/aconselhamento (14,24%).

## 2.1. Instrumentos

O Questionário de Caracterização Sociodemográfica e clínica da amostra foi desenvolvido com base nas recomendações da “NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain” para avaliação das características e impacto da DLC (Deyo et al. 2014) e incluiu questões relativas a: aspetos sociodemográficos, *status* laboral e absentismo laboral, hábitos de saúde, caracterização da dor, medicação, associação de outra sintomatologia, impacto da condição na vida dos participantes, avaliação de



sintomas depressivos, caracterização do sono, interferência da DL nas atividades do dia-a-dia e intensidade da dor (END) (Deyo et al. 2014; Caeiro et al. 2015).

Para avaliar a intensidade da dor foi utilizada a Escala Numérica da Dor (END). A END é uma medida unidimensional da dor em adultos (Jones et al. 2007), incluindo para a dor crónica e doenças reumáticas (Hawker et al. 2011; Litcher-Kelly et al. 2007). É uma escala de 11 pontos (0 a 10), sendo que 0 representa “ausência de dor” e 10 representa “a pior dor possível (Ferreira-Valente et al. 2011; Rahu et al. 2015). No seu preenchimento é solicitado ao utente que selecione o número que melhor represente a intensidade da sua dor no momento (Ferreira-Valente et al. 2011; Mannion et al. 2007; Hawker et al. 2011). A END tem boas propriedades psicométricas sendo válida, fiável e com utilidade na prática clínica (Hawker et al. 2011; Cleland et al. 2008; Ferreira-Valente et al. 2011; Rahu et al. 2015). Segundo Farrar et al. (2001) uma diminuição de 2 ou mais pontos foi associada com a categoria de “muito melhor” da *global rating scale of change* (Farrar et al. 2001; Ostelo & De Vet 2005). Considerando os valores da *baseline*, a DMCI proposta consensualmente na literatura, é de no mínimo de 30% (Ostelo et al. 2008; Dworkin et al. 2009).

A avaliação da incapacidade funcional foi realizada através da versão portuguesa da *Quebec Back Pain Disability Scale* (QBPDS). A QBPDS é um dos questionários mais recomendados para avaliar a incapacidade funcional associada a DL (Cruz et al. 2013). Foi desenvolvida por Kopec et al (1994-95) como medida de incapacidade funcional, definida pelos autores como “dificuldade percebida associada a atividades físicas simples”(Cruz et al. 2013). É um questionário auto-administrado de 20 itens onde os utentes são convidados a classificar o seu grau de dificuldade em realizar uma atividade específica de 0 (“sem dificuldade”) a 5 (“incapaz de realizar”) em cada item. A pontuação da QBPDS varia entre 0 a 100, com os valores mais elevados a indicar maior grau de incapacidade. A QBPDS tem sido muito testada em termos psicométricos e geralmente é reconhecida a sua boa validade, fiabilidade e poder de resposta, nomeadamente em estudos com indivíduos com DL que frequentam programas de reabilitação (Kopec et al. 1995; Wilhelm et al. 2010). A versão portuguesa demonstrou propriedades psicométricas aceitáveis: consistência interna excelente ( $\alpha=0,95$ ), boa fiabilidade teste-reteste (ICC=0.696). Na avaliação da validade de constructo apresentou boa validade convergente e discriminativa, demonstrando correlação forte com o *Roland Morris Disability Questionnaire* ( $p=0,62$ ;  $P<0,001$ ) e moderada com a Escala Visual Analógica ( $p=0,38$ ;

$P < 0,001$ ). Apresentou também capacidade discriminativa entre subgrupos de utentes com e sem dor irradiada para a perna ( $U=1218$ ;  $P < 0,0005$ ) (Cruz et al. 2013). A diferença mínima clinicamente importante, estabelecida por consenso com recurso a um painel de *experts*, é uma melhoria de 30%, em relação à pontuação obtida na avaliação inicial (Ostelo et al. 2008).

Para medir a percepção de melhoria foi utilizada a versão Portuguesa da *Global Back Recovery Scale* (GBRS). A GBRS é uma medida de avaliação da recuperação global com a qual os pacientes autoavaliam o grau da sua recuperação. A administração da escala deve ser utilizada com a seguinte questão: “Desde o início do tratamento nesta instituição, como é que descreve a mudança (se houve) na sua dor lombar”. O utente é instruído a avaliar a extensão da sua recuperação relativamente à DL, selecionando o item com o qual se identifica, numa escala de 11 pontos, com expressões-âncora como “muito pior” e “completamente recuperado” nas extremidades (Hush et al. 2012). A numeração positiva e negativa encontra-se dividida pelo ponto zero (sem alterações) refletindo a natureza bipolar do constructo que é recuperação versus pioria, permitindo uma resposta neutra, não forçando o paciente a classificar-se como melhor ou pior em situações que não sinta uma mudança (Hush et al. 2012). Este tipo de escalas têm vindo a demonstrar uma boa fiabilidade teste-reteste e validade facial, moderada validade de constructo quando relacionada com medidas de função, dor e satisfação dos utentes, e bom poder de resposta. Têm como principal limitação a possibilidade de viés de memória por terem um carácter retrospectivo. Para indivíduos com dor lombar crónica uma mudança de pelo menos 2 pontos numa *global rating of change scale* de 11 pontos é suficiente para que seja considerada clinicamente importante. (Kamper et al. 2009; Hush et al. 2012).

Para definir os resultados de sucesso (evento) foram estabelecidos 3 critérios: 1) Obtenção da DMCI para cada *outcome* num primeiro momento de avaliação (Diminuição igual ou superior a 30% na pontuação da END, em relação à *baseline*; Diminuição igual ou superior a 30% na pontuação da QBPDS, em relação à *baseline*; a obtenção de 2 pontos positivos ou mais na avaliação da GBRS, em relação à 1ª sessão de tratamento); 2) Obtenção da DMCI para cada *outcome* mantida, no mínimo, durante 2 semanas consecutivas e na avaliação de *follow-up* aos 3 meses após o início da intervenção (Diminuição igual ou superior a 30% na pontuação da END, em relação à *baseline*; Diminuição igual ou superior a 30% na pontuação da QBPDS, em relação à *baseline*; A obtenção de 2 pontos positivos ou mais na avaliação da GBRS, em relação à 1ª sessão de

tratamento); 3) Obtenção da recuperação completa tal como foi definida no estudo de Costa et al. (2009), ou seja, manutenção por 30 dias de completa ausência de dor ou incapacidade.

## **2.2. Análise Estatística**

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada com o *software* IBM SPSS *Statistics* 23 para o sistema operativo Windows. Inicialmente foi realizada a estatística descritiva com medidas de tendência central e de dispersão para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra e para a descrição do curso clínico dos diferentes *outcomes* ao longo do período de tratamento e *follow-up*. O curso clínico de resposta ao tratamento foi descrito com recurso à estatística descritiva e a curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier. Tradicionalmente esta abordagem é utilizada para eventos negativos (ex. doença, incapacidade ou morte), mas pode igualmente ser usado para um evento positivo (ex. tempo de retorno ao trabalho ou tempo para ficar sem dor) (Hancock et al. 2014). Neste estudo, o “evento” definido foi a obtenção do critério de sucesso estabelecido para cada *outcome*. O ponto inicial para o intervalo de tempo definido foi o início do tratamento de Fisioterapia. O ponto final é o tempo em que o evento ocorre, num período máximo de 3 meses (8 semanas de tratamento e *follow-up* de avaliação 3 meses após o início do tratamento).

Para o processamento dos dados em falta (*missing data*), determinou-se que na ausência dos participantes, num máximo de 2 avaliações durante o período de 8 semanas de intervenção desde que não fossem consecutivas, os utentes mantinham-se no estudo. Nas situações em que os participantes faltaram a duas avaliações consecutivas ou a 3 avaliações no global do período de tratamento, os participantes foram classificados como desistências e por isso “censurados” na análise de sobrevivência. Para além desta situação de “censura” foram “censurados” os participantes que não alcançaram o evento no período em estudo, os que desistiram no decorrer do estudo, e os indivíduos que ultrapassaram o limite de ausências às avaliações estabelecido neste documento.

### **3. Apresentação de Resultados**

Neste estudo foram recrutados 135 indivíduos com DLCNE, dos quais, 18 (13.3%) abandonaram o estudo (13 por incompatibilidade de horário, 2 por outros problemas de saúde não relacionados com a dor lombar crónica, 1 por agravamento dos sintomas e 2 por deixar de comparecer às sessões). Para efeitos de análise de sobrevivência, estes participantes foram censurados. Dos restantes 117 participantes, 12 tiveram alta antes das 8 semanas estabelecidas para o período de intervenção [10 por terem alcançado o tratamento prescrito (entre 6 a 14 sessões), um por melhoria clínica e outro por pioria clínica]. Na análise de sobrevivência destes participantes, não será utilizado o período temporal de 8 semanas, mas sim o período de tempo a que foram submetidos a intervenção. Relativamente ao *follow-up* de 3 meses após o início da intervenção, houve mais 12 desistências (incontactáveis) e desta forma também estes participantes foram considerados censurados. Assim, responderam aos instrumentos de avaliação no *follow-up* de 3 meses 77,8% (n=105) dos participantes avaliados na *baseline* (Apêndice F - Fluxograma).

#### **3.1. Caracterização sociodemográfica**

A idade média dos participantes em estudo foi de 46,67 anos ( $\pm 10,98$ ), com uma amplitude de idade que variou de um mínimo de 18 a um máximo de 64, sendo 85,9% (n= 116) do género feminino. Da totalidade dos participantes, 34,1% (n= 46) tinha excesso de peso e 21,5% (n= 29), obesidade. No que diz respeito à situação profissional 86,7% (n=117) encontrava-se a trabalhar. As restantes características sociodemográficas encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.

Variável	Categorias da Variável	Fa	Fr	Estatística Descritiva
Idade	-	-	-	Média: 46,67 anos (DP = $\pm$ 10,978) Mediana: 49,00 Mín. – Máx.: 18-64
Género	Feminino	n=116	<b>85,9 %</b>	-
	Masculino	n= 19	14,1 %	-
IMC*	<sup>a</sup> Normal	n= 59	<b>43,7 %</b>	Média: 26,53 (DP= $\pm$ 4,48)
	<sup>b</sup> Excesso de peso	n= 46	34,1 %	Mediana: 25,80
	<sup>c</sup> Obesidade	n=29	21,5 %	Mín. – Máx.: 17,8 - 41,73
Estado Civil	Solteiro	n= 20	14,8 %	
	Casado	n= 89	<b>65,9 %</b>	
	União de facto	n= 9	6,7 %	
	Divorciado	n= 11	8,1 %	
	Viúvo	n= 6	4,4 %	
Habilitações Literárias	Ensino Primário	n= 19	14,1 %	
	Ensino Básico	n= 43	<b>31,9 %</b>	
	Ensino Secundário	n= 42	31,1 %	
	Ensino Superior	n= 31	23,0 %	
Situação Profissional	A trabalhar	n= 117	<b>86,7 %</b>	
	Incapaz de trabalhar	n= 5	3,7 %	
	Desempregado (a)	n= 3	2,2 %	
	Reformado	n= 5	3,7 %	
	Doméstico (a)	n= 4	3,0 %	

Legenda: Fa – Frequência absoluta, Fr – Frequência relativa;

\*índice de Massa Corporal: <sup>a</sup>Normal:  $>18,5$  e  $< 25$ ; <sup>b</sup>Excesso de peso:  $\geq 25$  e  $< 30$ ; <sup>c</sup>Obesidade:  $\geq 30$  e  $< 35$

Relativamente às características clínicas, 67,4% (n= 91) dos participantes referiu ter DLC há mais de 24 meses, 68,1% (n= 92) referiu irradiação para o membro inferior, e 60,7% (n=82) negou tomar qualquer tipo de medicação para a DLC. As restantes características clínicas encontram-se descritas na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização dos dados clínicos da amostra – hábitos tabágicos, caracterização da dor, e absentismo laboral;

Variável	Categorias da Variável	Fa	Fr
Hábitos Tabágicos	Não-fumador	<b>n= 112</b>	<b>83,0 %</b>
	Ex-fumador	n= 13	9,6 %
	Fumador	n= 10	7,4 %
Duração de DLC	Mais de 24 meses	<b>n= 91</b>	<b>67,4 %</b>
	12 - 24 meses	n= 7	5,2 %
	6 - 12 meses	n= 22	16,3 %
	3 – 6 meses	n= 15	11,1 %
Irradiação para Membro inferior	Sim	<b>n= 92</b>	<b>68,1 %</b>
	Não	n= 43	31,9 %
Medicação para a DLC	Sim	n= 53	39,3 %
	Não	<b>n= 82</b>	<b>60,7 %</b>
Absentismo no último ano	Sim	n= 23	17,0 %
	Não	<b>n= 112</b>	<b>83,0 %</b>
Baixa remunerada	Sim	n= 22	16,3 %
	Não	<b>n= 97</b>	<b>71,9 %</b>

Legenda: Fa – Frequência absoluta, Fr – Frequência relativa

No questionário sociodemográfico constaram ainda questões destinadas em avaliar o impacto da condição na vida dos participantes no estudo. Estas incluíram questões relacionadas com dores noutras locais, sentidas no último mês (Apêndice G). De salientar, que cerca de metade dos participantes no estudo (51,1%) (n= 69) reportou ter tido “algumas vezes” dores de estômago. Também 47,4% (n= 64) referiram dores nos braços, pernas ou noutras articulações “muitas vezes”. Mais de metade dos participantes (60%) (n=81) referiram ter dores de cabeça “algumas vezes”, assim como dor difusa ou dor em grande parte do corpo também “algumas vezes” em 50,4% dos casos (n=68). Relativamente, à avaliação dos sintomas depressivos (Apêndice G), a opção mais seleccionada foi “Nunca” para qualquer uma das questões: *sentir-se inútil* 69,6% (n=94); *sentir-se desamparado* 60,0% (n= 81); *sentir-se depressivo* 52,6% (n=71); *sentir-se sem esperança* 60% (n= 81). Nos dados relacionados com a qualidade do sono relativo à semana anterior (Apêndice G), destacam-se os seguintes dados: 52,6% (n= 71) dos participantes referiu que, “às vezes”, o seu “sono foi reparador”; 45,2% (n= 61) referiu que, “às vezes”, teve “problemas em adormecer”, e 44,4% (n=60) referiu que, “às vezes”,

“acordou durante a noite”. Nas questões sob a interferência da DL nas atividades do dia-a-dia, nos últimos 7 dias (Apêndice G), 46,7% dos participantes (n=63) indica que o problema afetou “um pouco” *as atividades do dia-a-dia*; 38,5% (n= 52) diz que o problema afetou “um pouco” *as atividades em casa*; 37,8% (n= 51) refere que o problema afetou “um pouco” a sua *participação em atividades sociais* e 34,1% (n=46) indica que o problema afetou “um pouco” as suas *tarefas domésticas*.

### 3.2. Evolução dos *outcomes* no período de tratamento e *follow-up*

No período de 8 semanas de tratamento, e considerando a amostra no seu conjunto, a média da intensidade da dor diminuiu de 4,93 ( $\pm 2,51$ ) obtida na *baseline*, para 2,97 ( $\pm 2,419$ ). Entre a 8ª semana e o *follow-up* aos 3 meses observou-se um ligeiro acréscimo do valor médio, com 3,69 ( $\pm 2,806$ ), sendo no entanto, inferior à média da intensidade de dor observada na *baseline* (Tabela 3).

Tabela 3. Estatística descritiva dos *outcomes* em estudo na *baseline*, 8 semanas após o início do tratamento e no *follow-up* de 3 meses.

Momento de avaliação	Média ( $\pm$ desvio padrão)	
	Intensidade da Dor (END)	Capacidade Funcional (QBPDS – PT)
<i>Baseline</i> (n=135)	4,93 ( $\pm 2,507$ )	31,50 ( $\pm 17,847$ )
8 semanas após o início do tratamento (n=104)	2,97 ( $\pm 2,419$ )	21,83 ( $\pm 17,131$ )
<i>Follow-up</i> 3 meses (n=105)	3,69 ( $\pm 2,806$ )	25,49 ( $\pm 17,715$ )

Da mesma forma, e considerando a amostra no seu conjunto, a média da incapacidade funcional diminuiu de 31,50 ( $\pm 17,85$ ) obtida na *baseline*, para 21,83 ( $\pm 17,13$ ) 8 semanas após o início do tratamento. Entre a 8ª semana e o *follow-up* aos 3 meses observou-se também um acréscimo do valor médio, com 25,49 ( $\pm 17,72$ ), sendo no entanto inferior à média da incapacidade funcional observada na *baseline* (Tabela 7). Nas Figuras 2 e 3 é apresentada a evolução semanal média da intensidade da dor e incapacidade funcional, respetivamente. Em ambos os *outcomes* podemos observar uma diminuição progressiva (menos acentuada na incapacidade funcional) que atinge o valor médio mais baixo na 7ª semana. A partir desse momento observa-se um aumento

progressivo da intensidade da dor e incapacidade funcional até ao *follow-up* dos 3 meses, sem no entanto atingir os valores iniciais.

Figura 2. Evolução semanal da média da intensidade da dor avaliada pela END.

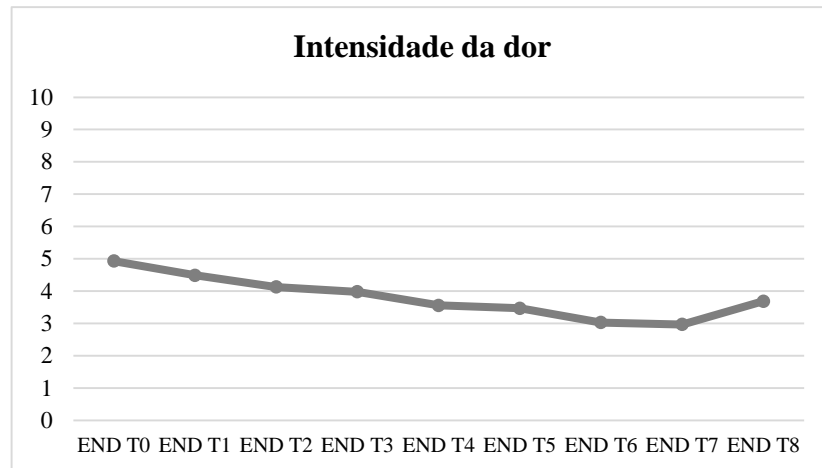
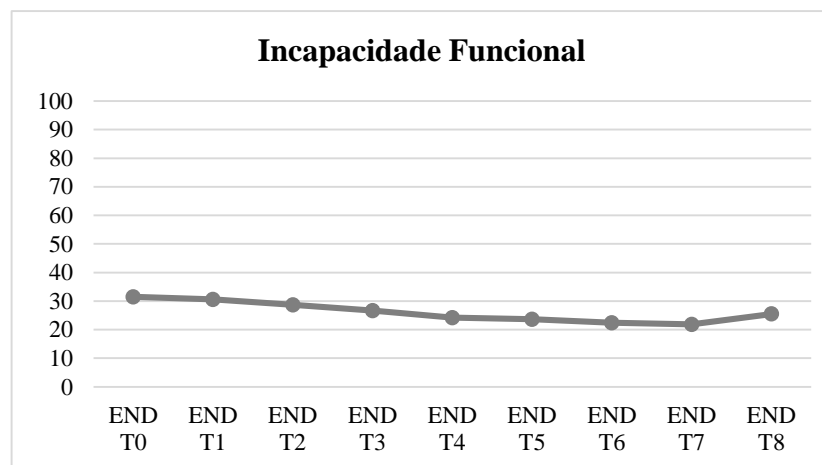


Figura 3. Evolução semanal da média da incapacidade funcional avaliada pela QBPDS.

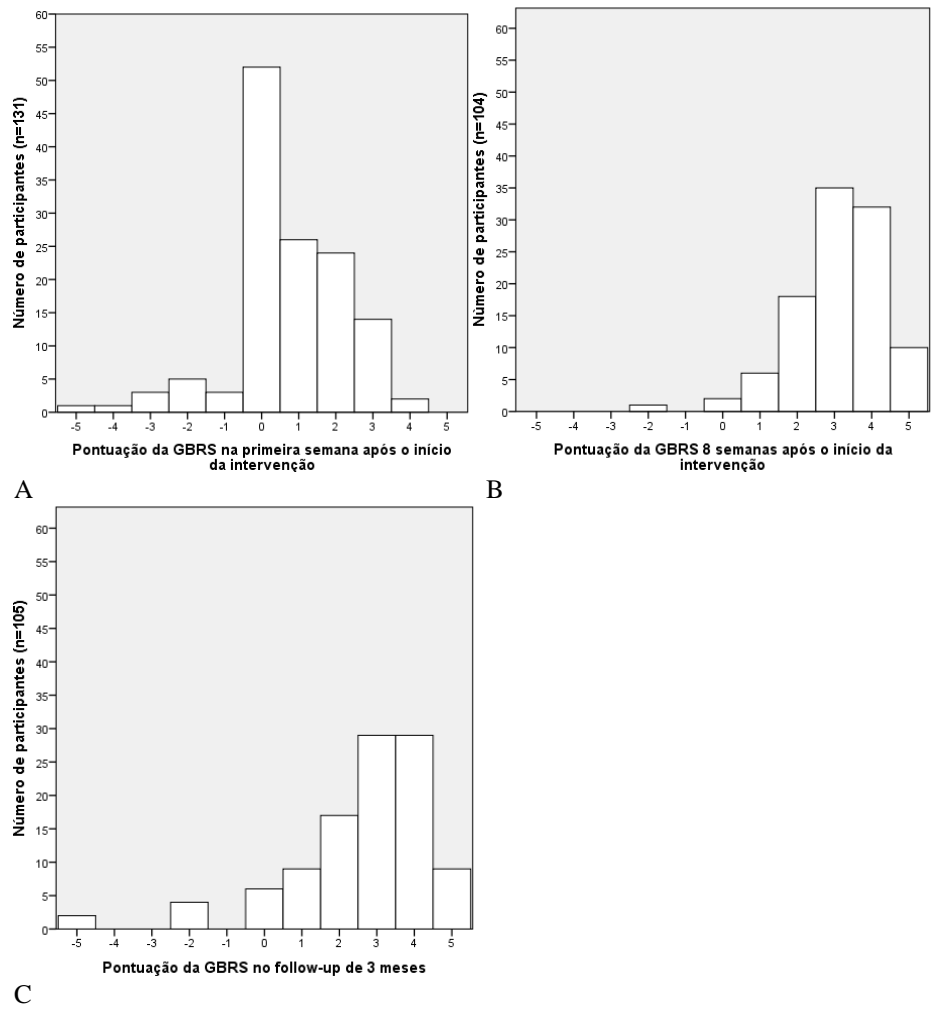


No que diz respeito à GBRS, (dados na Figura 4), as pontuações revelam uma tendência positiva na percepção de melhoria entre a primeira e a oitava semana após o início tratamento, sendo que no final do período de tratamento (8 semanas) apenas 1 participante classifica a sua mudança como negativa. Entre as opções mais selecionadas na escala, destaca-se: uma semana após o início do tratamento 52 participantes classificaram-se “sem alterações”; 8 semanas após o início do tratamento 35 participantes classificaram-se com “3+” e 32 com “4+”; no *follow-up* aos 3 meses as pontuações “3+” e “4+” foram selecionadas por 29 participantes cada. Na primeira semana após o início da intervenção nenhum participante referiu sentir-se “completamente recuperado”. Nas 8



semanas após o início da intervenção 10 participantes reportaram sentir-se “completamente recuperados”, e no *follow-up* de 3 meses 9 participantes referiram sentir-se completamente recuperados.

Figura 4. Pontuação da GBRS na primeira semana após o início da intervenção (A), 8 semanas após o início da intervenção (B), e no *follow-up* de 3 meses (C).



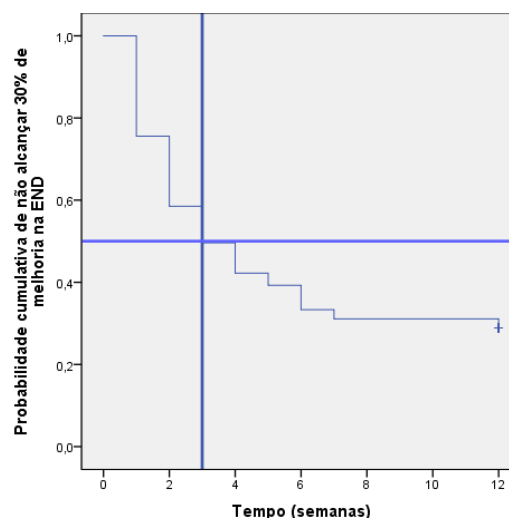
### 3.3. Curso clínico da resposta ao tratamento

#### 3.3.1. Melhoria igual ou superior à DMCI num primeiro momento de avaliação

Para o critério de melhoria igual ou superior à Diferença Mínima Clinicamente Importante foi utilizada a redução igual ou superior a 30% para a END e para a QBPDS relativamente à *baseline*, e a obtenção de uma melhoria correspondente a um mínimo de 2 pontos positivos na GBRS, relativamente à situação da condição na 1ª sessão de tratamento. As curvas de *Kaplan-Meier* apresentadas de seguida representam a probabilidade cumulativa de obtenção dos critérios num dado momento de avaliação.

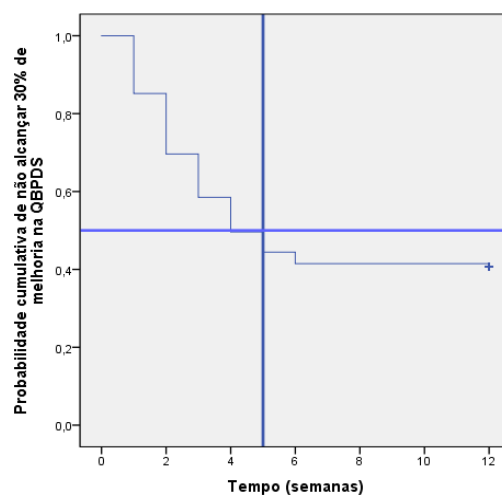
Para o *outcome* intensidade da dor o critério proposto foi alcançado por 93 participantes (68,9%) nas 8 semanas após o início da intervenção e 96 participantes (71,1%) no *follow-up* de 3 meses. É comum neste tipo de curvas fazer-se a análise da mediana do tempo de sobrevivência no qual 50% dos participantes alcançaram o evento. Assim para este critério no *outcome* intensidade da dor a mediana do tempo de recuperação foi alcançada 3 semanas após o início da intervenção (Figura 5.). Se analisarmos os participantes que recuperaram, 24,4% (n=33) atingiram o critério, logo na primeira semana após o início do tratamento. Ao longo do tempo de intervenção esta percentagem foi aumentando, sendo na quarta semana após o início do tratamento 57,8% (n= 78) dos participantes alcançou o critério e na sexta semana após o início do tratamento a percentagem foi de 66,7% (n=90).

.Figura 5. Probabilidade cumulativa de não alcançar 30% de melhoria na dor em 3 meses.



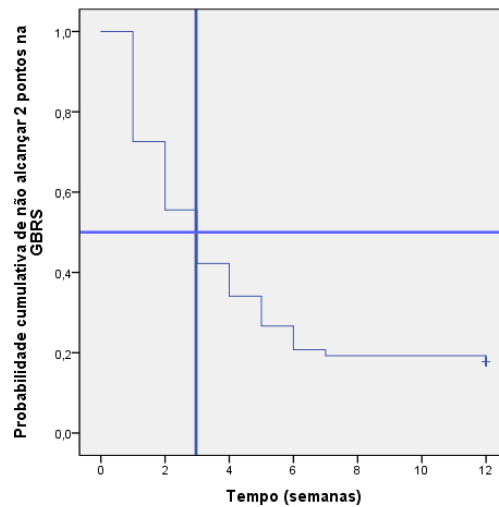
No que diz respeito à obtenção de uma melhoria clinicamente importante na incapacidade funcional (Figura 6), 58,5% (n=79) dos participantes obteve uma melhoria mínima de 30% nas 8 semanas após o início da intervenção e 59,3% (n=80) no *follow-up* de 3 meses. Dos participantes que recuperaram, 14,8% (n=20) atingiu o critério na primeira semana após o início do tratamento, 50,4% (n=68) na quarta semana após o início do tratamento, e 58,5% (n=79) na sexta semana após o início do tratamento. A mediana do tempo de recuperação foi alcançada 5 semanas após o início da intervenção.

Figura 6. Probabilidade cumulativa de não alcançar 30% de melhoria na capacidade funcional em 3 meses.



Para a percepção de melhoria, 109 participantes (80,7%) alcançaram o critério proposto nas 8 semanas após o início da intervenção e 111 participantes (82,2%) no *follow-up* de 3 meses. Como se pode observar na Figura 7, 50% dos participantes atingiu o critério 3 semanas após o início do tratamento. Entre os participantes que recuperaram 27,4% (n= 37) atingiu o critério na primeira semana após o início do tratamento, 65,9% (n= 89) na quarta semana após o início do tratamento, e 79,3% (n=107) na sexta semana após o início do tratamento.

Figura 7. Probabilidade cumulativa de não alcançar 2 pontos positivos na GBRS em 3 meses

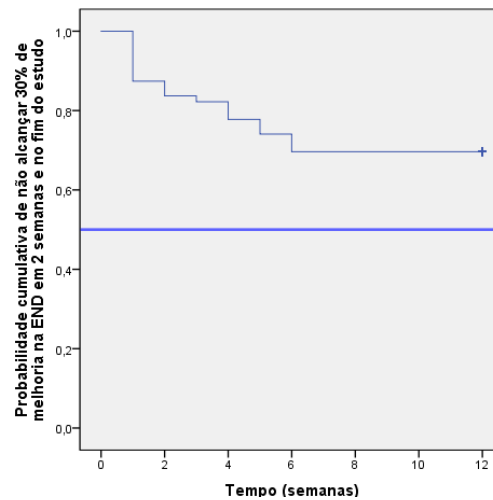


### 3.3.2. Melhoria igual ou superior à DMCI em 2 momentos de avaliação consecutivos e no *follow-up* de 3 meses;

Para a obtenção deste critério de resposta ao tratamento os participantes tinham de alcançar uma de melhoria igual ou superior à DMCI, em qualquer dos *outcomes* em estudo, mas essa melhoria teria de manter-se num mínimo de 2 semanas consecutivas e no final do *follow-up*.

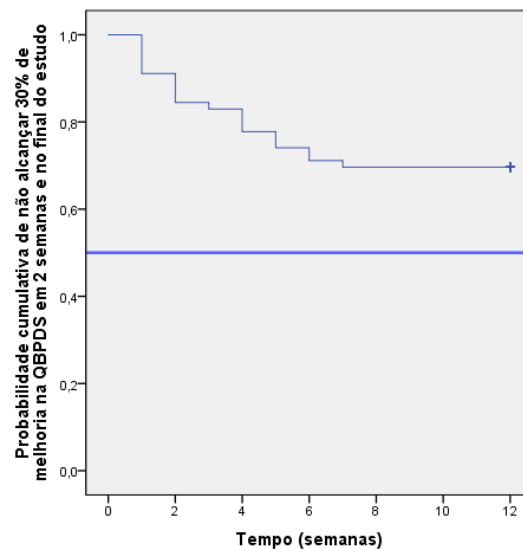
Relativamente ao *outcome* intensidade da dor, 30,4% (n=41) dos participantes alcançaram uma redução de 30% na intensidade da sua dor nas 8 semanas após o início da intervenção que se mantiveram durante os 3 meses de duração do estudo. Com este critério não foi alcançada a mediana do tempo de recuperação (Figura 8). Considerando os participantes que recuperaram, 12,6% (n=17) alcançaram o critério, logo na primeira semana após o início do tratamento. Ao longo do tempo de intervenção esta percentagem foi aumentando, para 22,2% (n=30) na quarta semana após o início do tratamento, e 30,4% após 6 semanas desde o início da intervenção.

Figura 8. Probabilidade cumulativa de não alcançar 30% de melhoria na dor em duas semanas consecutivas e no final do estudo (3 meses).



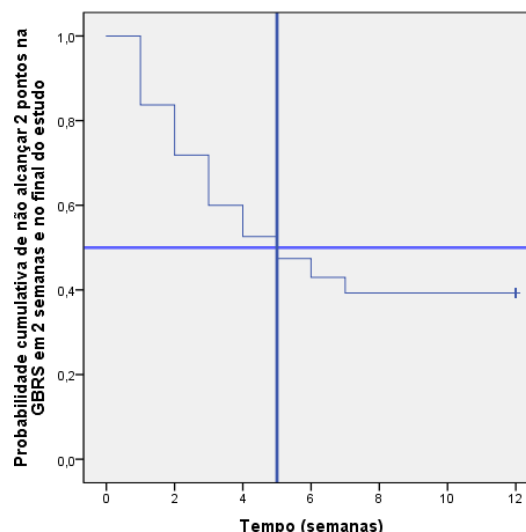
No que diz respeito à obtenção do critério para a incapacidade funcional, 30,4% (n=41) dos participantes obteve uma melhoria de pelo menos 30% face ao valor da avaliação inicial nas 8 semanas após o início do tratamento, percentagem que se manteve no *follow-up* de 3 meses. Tal como na intensidade da dor, a mediana do tempo de recuperação (50% dos participantes recuperados) não foi alcançada para a melhoria da incapacidade funcional (Figura 9). Dos indivíduos que recuperaram, 8,9% (n=12) atingiu o critério na primeira semana após o início do tratamento, 22,% (n=30) na quarta semana após o início do tratamento, e 28,9% (n=39) na sexta semana após o início do tratamento.

Figura 9. Probabilidade cumulativa de não alcançar 30% de melhoria na capacidade funcional em 2 semanas consecutivas durante o período do estudo (3 meses).



No que diz respeito à percepção de melhoria, 82 participantes (60,7%) alcançaram este critério nas 8 semanas após o início do tratamento, valor que se manteve até ao *follow-up* de 3 meses. Como se pode observar na Figura 10, a mediana do tempo necessário para alcançar o critério ocorreu 5 semanas após o início da intervenção. Entre os participantes que recuperaram 16,3% (n=22) atingiu o critério na primeira semana após o início do tratamento, 47,4% (n=64) na quarta semana após o início do tratamento e 57% (n=77) na sexta semana após o início do tratamento.

Figura 10. Probabilidade cumulativa de não alcançar 2 pontos positivos na GBRS em duas semanas consecutivas e no final do estudo (3 meses).

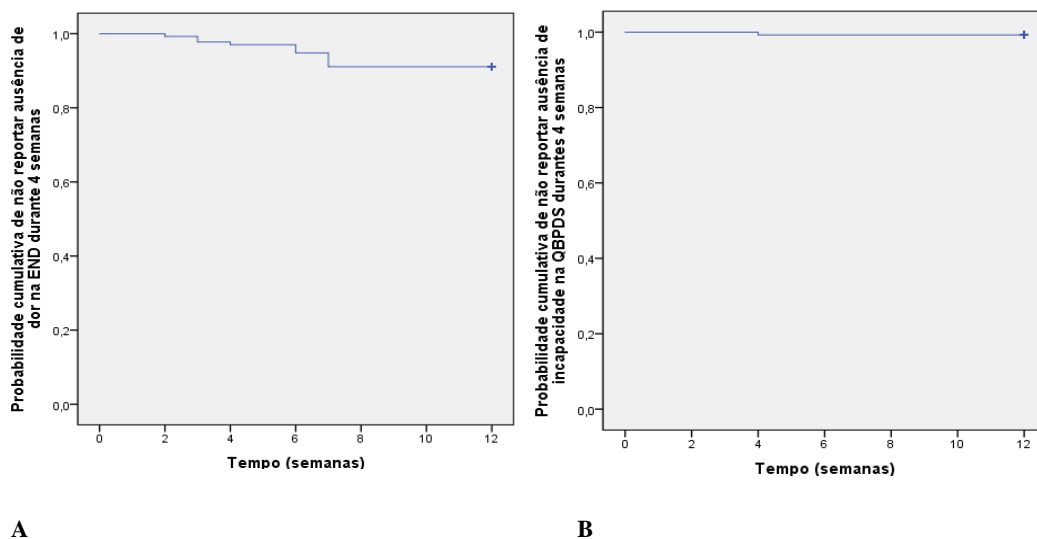


### 3.3.3. Recuperação completa

A recuperação completa foi definida como ausência de dor (END=0) ou incapacidade (QBPD=0) mantida durante 30 dias (4 semanas). Relativamente ao *outcome* intensidade da dor, apenas 12 indivíduos (8,9%) alcançaram o critério nas 8 semanas após o início da intervenção e *follow-up* de 3 meses. Na incapacidade funcional os resultados foram substancialmente inferiores, sendo que apenas um participante atingiu o critério (0,7%). Em nenhum dos *outcomes* as curvas de sobrevivência alcançou a mediana do tempo de recuperação (Figura 11 A e 11B).

No que diz respeito aos participantes nos quais desapareceu completamente a dor, 1 participante (0,7%) alcançou o critério na segunda semana após o início do tratamento, 4 participantes (3,0%) à quarta semana após o início do tratamento, e 7 na sexta semana após o início do tratamento (5,2%). O único participante que alcançou o critério de recuperação total na incapacidade funcional fê-lo 4 semanas após o início do tratamento.

Figura 11. Probabilidade cumulativa de não reportar ausência de dor (11A) e ausência de incapacidade (11B), mantida durante 4 semanas.



### 3.3.4. Recorrências

Uma situação foi classificada como “recorrência” sempre que os participantes que alcançaram o critério de resposta ao tratamento para um dado *outcome*, voltaram a perder

esse critério nas semanas subsequentes de tratamento. Na Tabela 4, estão descritos os dados relativos aos utentes recuperados segundo o critério desenvolvido em 3.3.1 e os dados relativos aos utentes que sofreram, segundo o mesmo critério, pelo menos uma recorrência até ao *follow-up* de 3 meses. Dos utentes classificados como recuperados (n=96) na intensidade da dor, mais de metade voltou a piorar (n=65; 67,7%). Na incapacidade funcional dos 80 participantes que recuperaram 41 (51,3%) voltou a piorar. Na percepção de melhoria a percentagem foi consideravelmente inferior mais ainda assim entre os 111 classificados como recuperados, 32 (28,8%) voltou a piorar.

Tabela 4. Uteses recuperados em cada outcome e entre estes aqueles que sofreram pelo menos uma recorrência até ao *follow-up* de 3 meses.

	Intensidade de Dor N (%)	Incapacidade Funcional N (%)	Percepção de melhoria N (%)
Recuperados N=135	96 (71,1%)	80 (59,3%)	111 (82,2%)
Recorrentes	65 (67,7%)	41 (51,3%)	32(28,8%)



#### 4. Discussão de Resultados

O presente estudo teve como objetivo descrever o curso clínico da resposta ao tratamento multimodal de Fisioterapia nos *outcomes* intensidade da dor, incapacidade funcional e percepção de melhoria em indivíduos com DLCNE, recorrendo a diferentes critérios de resposta. Como esperado, a resposta ao tratamento, é diferente consoante o critério de resposta estabelecido, mas no global os resultados deste estudo parecem confirmar o mau prognóstico dos resultados da intervenção em fisioterapia nos utentes com esta condição.

As características sociodemográficas dos participantes neste estudo são semelhantes às descritas noutros estudos realizados em Portugal e internacionalmente. Considerando a globalidade da amostra, e na avaliação inicial, a média de idade dos participantes no estudo foi de 46,67 ( $\pm 10,98$ ) anos, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, na sua maioria do género feminino (85,9%; n=116), e com excesso de peso ou obesidade (IMC  $>25$ : 55,6%; n= 75). Resultados semelhantes estão reportados no estudo EpiReuma, que mostram que a DL é significativamente mais frequente no género feminino do que no género masculino (29,6% vs 22,8%;  $p=0,04$ ) e a sua prevalência é maior na faixa etária entre os 46-55 anos (27,7%; 95% CI: 23,1% a 32,4%) (Branco et al. 2016). Estas características são também compatíveis no estudo realizado por (Costa et al. 2014) sobre fatores de prognóstico para os resultados de insucesso com a intervenção em Fisioterapia em utentes com DLC, no qual os participantes tinham uma idade média de 51,0 ( $\pm 8,2$ ) anos, a maioria era do género feminino (65,3%), e revelava excesso de peso ou obesidade (58,9%).

Outra característica comum neste e noutros estudos relativos aos utentes com DLC em tratamento é o seu baixo *nível* educacional. Neste estudo, 46% dos participantes possuía um nível de ensino primário ou básico, valor semelhante ao reportado no estudo de Costa et al. (2014), com 46,3%. Também no estudo de Costa et. al. (2009), realizado com 406 utentes australianos, os autores reportaram que 59% dos participantes tinha níveis de educação inferiores ao ensino secundário.

Também as características clínicas observadas nos participantes deste estudo são semelhantes às reportadas em estudos que recrutaram utentes com DLCNE. A maioria dos participantes deste estudo (67,4%) reportou dor há mais de 24 meses, e referiu não tomar medicação para a dor (60,7%). A maioria dos participantes referiu ainda ter dor irradiada para o membro inferior (68,1%). Relativamente à duração da DL e à toma de

medicação os resultados deste estudo são ligeiramente inferiores aos reportados por Costa et al. (2014), com 75,8% dos participantes a reportar uma duração da DL superior a 24 meses, e 73,7% a referir tomar medicação para a sua DL. Já no que diz respeito aos resultados relativos à dor irradiada, e no estudo de Costa et al. (2014), observaram-se valores percentuais inferiores (58,9%). Os valores reportados para uma duração da DL superior a 24 meses são comparáveis aos apresentados noutros estudos epidemiológicos internacionais com a mesma característica (Macedo et al. 2014).

Relativamente à toma de analgésicos a literatura apresenta resultados contraditórios com estudos a reportarem percentagens elevadas, entre 64% e 71% (Macedo et al. 2014), enquanto outros revelam que 79,5% dos participantes inquiridos referiu não tomar medicação (Verkerk et al. 2011). Também no que diz respeito à irradiação da dor, estudos realizados noutros países revelam que a maioria dos participantes não reportava esta característica (Helmhout et al. 2010; Costa et al. 2009).

Nas questões destinadas a avaliar o impacto da condição na vida dos participantes, salientam-se as relacionadas com dores noutras regiões do corpo/ articulações que foram reportadas serem sentidas “muitas vezes” por 47,4% dos participantes e dores de cabeça referidas “algumas vezes” por 60% dos participantes. Estes valores são comparáveis com os reportados por Cassidy & Côté (2006) num estudo de coorte que incluiu 792 indivíduos com DL com o objetivo de avaliar o curso da DL, em que as dores de cabeças são reportadas por 61,5% dos participantes da amostra. Estes resultados parecem reforçar a severidade e impacto da DL nos utentes.

Os valores médios reportados, na avaliação inicial, para a intensidade da dor e para a incapacidade funcional, foram 4,9 ( $\pm 2,5$ ) e 31,5 ( $\pm 17,9$ ), respetivamente. Estes valores indicam níveis moderados de dor e incapacidade, comparáveis com os reportados por Costa et al. (2014) com 45,55 pontos na EVA (0-100mm) e 32,04 pontos na QBPDS-PT, mas inferiores aos reportados em estudos internacionais realizados com utentes com DCL em tratamento de Fisioterapia. Por exemplo, o estudo de Verkerk et al. (2015) reportou uma pontuação média de 55,5 ( $\pm 23,0$ ), na EVA, na *baseline*, e Verkerk et al (2013) reportou uma pontuação média de 51,7 ( $\pm 15,6$ ) na QBPDS. Esta diferença pode eventualmente ser justificada pela maior duração dos sintomas dos participantes nestes estudos (amostra partilhada), com uma média de duração dos sintomas de 7,7 anos ( $8 \pm 15,6$ ), podendo por isso representar uma maior expressividade nos sintomas reportados (K Verkerk et al. 2015; Verkerk et al. 2013).

No curso clínico dos *outcomes*, os valores médios da intensidade da dor e

incapacidade funcional evoluíram favoravelmente entre a *baseline* e o final do período de tratamento. No entanto, e em média, voltaram a aumentar no *follow-up* aos 3 meses, mantendo-se ainda assim reduções superiores à *baseline*. Este comportamento é similar ao descrito por Verkerk et al. (2015) com uma diminuição da pontuação média da dor, neste caso avaliada com a Escala Visual Análoga (EVA) (0-100mm), de 55,5 ( $\pm 23,0$ ) na *baseline* para 37,0 ( $\pm 23,8$ ) no final do tratamento multidisciplinar, aos 2 meses, e com uma redução menos expressiva nos *follow-up* de 5 meses [35,3 ( $\pm 26,1$ )]. Relativamente à incapacidade funcional foi descrito um comportamento semelhante por Verkerk et al. (2013) com uma diminuição da pontuação média da incapacidade funcional na *baseline* de 51,7 ( $\pm 15,6$ ) para 31,7 ( $\pm 15,2$ ) no fim dos 2 meses de tratamento e para 31,1 ( $\pm 18,2$ ) no *follow-up* de 5 meses.

Um padrão semelhante foi reportado entre as primeiras 4 a 6 semanas numa meta-análise (Costa et al. 2012) e em revisões sistemáticas (Henschke et al. 2010; Kamper et al. 2014).

No que diz respeito ao curso clínico de resposta ao tratamento a obtenção, num primeiro momento, de uma melhoria igual ou superior à DMCI identificada para uma determinada medida de resultado, parece ser insuficiente para determinar que o utente está recuperado. Apesar dos resultados observados serem aparentemente positivos, sobretudo para a intensidade da dor (68,9% dos participantes alcançou uma melhoria clinicamente importante no final do período de tratamento e 71,1% no *follow-up* de 3 meses), mas também para a incapacidade funcional (58,5% dos participantes alcançou uma melhoria clinicamente importante no final do período de tratamento e 59,3% no *follow-up* de 3 meses), a percentagem de participantes que piorou após ter alcançado uma melhoria equivalente ou superior à DMCI foi considerável. Mais de metade (67,7%; n=65) desses participantes sofreu uma recorrência com agravamento da dor e 51,3% (n=41) sofreu recorrência com agravamento da incapacidade. Os valores de recorrência observados neste estudo são dificilmente comparáveis com outros estudos, uma vez que o apuramento das recorrências não é comum durante o período de tratamento, muito devido ao desenho metodológico tipicamente utilizado que não permite a sua estimativa (normalmente apenas com avaliação inicial e *follow-up*) (Hoy et al. 2010). Assim, os valores de recorrência reportados são essencialmente relativos a momentos de *follow up* após tratamento com valores de 20%, num período de 6 meses (Cassidy et al. 2005), e de 24% - 33% (Stanton et al. 2008) a 50% (Hestbaek et al. 2003), no período de um ano.

Em dois estudos desenvolvidos com indivíduos com DLCNE submetidos a

intervenção da Fisioterapia centrada na abordagem biopsicossocial e critérios de recuperação semelhantes aos do presente estudo, com uma melhoria mínima de 30% quer para a intensidade da dor avaliada pela EVA (K Verkerk et al. 2015), quer para a incapacidade funcional medida pela QBPDS (Verkerk et al. 2013), os resultados obtidos foram diferentes dos do presente estudo. Relativamente à intensidade da dor, 53,8% atingiu o critério após 2 meses de intervenção e 55,2% no *follow-up* de 5 meses (Verkerk et al, 2015). Pelo contrário, e no que diz respeito à incapacidade funcional os valores obtidos são sensivelmente superiores aos encontrados no presente estudo, sendo que 62,6 % dos participantes atingiu o critério após os 2 meses de intervenção e 61,3% no *follow-up* de 5 meses (Verkerk et al, (2013). Estas diferenças podem estar relacionadas com intervenção estabelecida (abordagem biopsicossocial vs fisioterapia multimodal com maior prevalência do exercício terapêutico).

Ainda com base no critério referido acima, os resultados obtidos para a percepção de melhoria são ainda mais positivos, com 80,7% dos participantes a alcançar melhoria clinicamente importante no final do período de tratamento e 82,2% no *follow-up* de 3 meses. Um aspeto a destacar dos resultados observados, é que independentemente do critério utilizado, os resultados obtidos para a percepção de melhoria são sempre consideravelmente superiores aos valores de probabilidade cumulativa da intensidade da dor ou da incapacidade funcional. Estes resultados parecem sugerir que os participantes consideram outros fatores para além da melhoria da intensidade da dor e incapacidade funcional quando classificam a evolução da sua condição. Este aspeto é salientado na literatura, que refere que na avaliação da percepção da melhoria os utentes têm em conta não só o alívio dos sintomas e melhoria na função, como também a obtenção de uma qualidade de vida aceitável (Hush et al. 2009). Assim, para a ideia de melhoria ou recuperação poderá depender da avaliação cognitiva do impacto dos sintomas sobre a sua capacidade de realizar atividades da vida diária significativas e desempenhar papéis sociais, em vez de simplesmente a presença ou ausência de dor. (Hush et al. 2009; Hoy et al. 2010).

Ainda com este critério, as medianas do tempo de sobrevivência foram alcançadas às 3 semanas após o início da intervenção para a intensidade da dor e percepção de melhoria, e às 5 semanas após o início da intervenção para a incapacidade funcional. Se olharmos para as probabilidades cumulativas de alcançar os DMCI em cada momento de avaliação durante o tempo, verificamos que o *outcome* que se altera em

primeiro é a percepção de melhoria depois a intensidade da dor, seguidas da incapacidade funcional.

Um padrão semelhante entre a intensidade da dor e a incapacidade funcional foi reportado por Artus et al. (2010) numa revisão sistemática e meta-análise das respostas ao tratamento intra-grupos em 1018 estudos. Os autores verificaram que na intensidade da dor, a diferença média padronizada de resposta ao tratamento intra-grupo quando comparada com a *baseline* foi de 0,83 (95%IC 0.70, 0.96) às 6 semanas e de 0,99 (95%IC 0.86, 1.11) às 13 semanas, enquanto para a incapacidade funcional (medida pela *Roland Morris Disability Questionnaire*) foi também em comparação com a *baseline* de 0,87 (95%IC 0.77, 1.06) às 6 semanas e de 0,86 (0.67, 1.05) às 13 semanas.

Também a meta-análise de Costa et al. (2012) refere que o curso clínico da dor foi mais favorável que o curso clínico da incapacidade nos coortes de DL persistente ( $p=0.002$ ). Segundo os autores, nos coortes com DL persistente, a estimativa agrupada da média da intensidade da dor foi de 51 (95%IC 44 - 59) na *baseline* e de 33 (95%IC 29 - 38) às 6 semanas e na incapacidade funcional foi de 27 (95%IC 24 - 30) na *baseline* e de 21 (95%IC 19-22) às 6 semanas. Dados que reforçam o padrão de que o curso da intensidade da dor evolui mais favoravelmente que o da incapacidade funcional.

Os estudos que utilizam a análise de sobrevivência são escassos e os resultados heterogêneos, avaliando por vezes vários estádios de evolução da DL em simultâneo (agudo, subagudo e crónico), utilizando diferentes *outcomes* e medidas de resultado entre si, e diferentes momentos de avaliação. Desta forma as comparações com a literatura são limitadas.

Um dos objetivos deste estudo foi também o de avaliar a resposta ao tratamento considerando diferentes critérios. Assim, utilizou-se um segundo critério que estabelecia que a obtenção de uma melhoria equivalente ou superior ao valor da DMCI teria de ser mantida durante 2 semanas consecutivas e também no final do estudo. Como era esperado, com este critério os valores da probabilidade de recuperação foram inferiores aos observados no critério anterior, com apenas 30,4%, dos participantes a serem classificados como recuperados, quer na intensidade da dor, quer na incapacidade funcional. Com este critério a mediana do tempo de recuperação apenas foi alcançada na percepção de melhoria (às 5 semanas).

Finalmente, foi ainda avaliada a recuperação completa definida como ausência de dor ou incapacidade mantida durante 4 semanas. Com este critério os resultados revelaram-se menos positivos, sendo que no *outcome* intensidade da dor, apenas 12

indivíduos (8,9%) alcançaram o critério e na capacidade funcional apenas um participante atingiu o critério (0,7%). Em nenhum dos *outcomes* as curvas de sobrevivência alcançaram a mediana do tempo de recuperação.

Apesar de diferenças no período de avaliação e critério de recuperação estabelecidos, estes resultados são similares aos reportados por (K Verkerk et al. 2015) mas inferiores aos encontrados por Costa et al. (2009).

No estudo de (Verkerk et al. 2015), com um critério de recuperação absoluta de obtenção de um valor  $\leq 10$  mm na EVA ao final de 2 meses de tratamento, a recuperação foi alcançada por 13,7% (n=233) dos participantes. No que diz respeito à incapacidade funcional, e com um critério de recuperação absoluta de um valor da QBPDS  $\leq 20$ , no final dos 2 meses de intervenção, a recuperação foi alcançada por 24,1% dos participantes (Verkerk et al. 2013). Costa et al. (2009), observaram uma probabilidade cumulativa de recuperação completa (ausência de dor, ausência de incapacidade e retorno ao trabalho) de 35% aos 9 meses (Costa et al. 2009).

Uma vez que os critérios de inclusão e as características sociodemográficas dos participantes nestes estudos são semelhantes às do presente estudo, estes resultados podem possivelmente dever-se à intervenção a que os participantes foram submetidos.

A recuperação é um constructo complexo e é reconhecida a ausência de consenso na sua definição e medição. Apesar dos resultados deste estudo, na sua globalidade, se revelarem positivos, verifica-se ainda assim um número considerável de participantes que permanecem com sintomas sem alcançarem qualquer dos critérios de melhoria estabelecidos. Existem ainda poucos dados disponíveis sobre o curso clínico após tratamento multidisciplinar da DLC de origem não-específica (Verkerk et al. 2015), sendo que a compreensão do mesmo permanece incompleta (Macedo et al. 2014; Lemeunier et al. 2012). Desta forma o estudo do curso da dor lombar crónica recorrendo a desenhos com medidas repetidas como utilizado no presente relatório são relevantes para o conhecimento mais detalhado do comportamento dos *outcomes* na globalidade e também para o comportamento individual dos mesmos.

O curso clínico a DLCNE parece ser heterogéneo com diferentes padrões ou trajetórias individuais de resposta ao tratamento (Dworkin et al. 2008; Verkerk et al. 2015). Para uma melhor compreensão das diferentes respostas ao tratamento, é importante que em estudos futuros sejam desenvolvidas outras abordagens na análise de dados como por exemplo o desenvolvimento de análise de classes latentes que permite

identificar classes (subgrupos) e descrever para cada utente qual a probabilidade de pertencer a cada uma dessas classes (Kongsted et al. 2015).

#### **4.1. Limitações**

Os resultados deste estudo devem ser interpretados tendo em conta as seguintes limitações:

A amostra em estudo, apesar de apresentar características idênticas às descritas na literatura para a população com DCL em Portugal, foi selecionada por conveniência num contexto específico- utentes a iniciar tratamento de fisioterapia. Desta forma não pode ser considerada representativa da população com DCL em Portugal.

A maioria dos participantes no estudo referiu uma duração dos sintomas superior a 24 meses. A duração prolongada dos sintomas é um indicador de prognóstico pobre, pois uma melhoria modesta nos sintomas podem ser importantes nesta população (Kamper et al. 2014; Costa et al. 2012). Sugere-se que no futuro, e sempre que possível, que este tipo de estudos seja realizado com coortes de início, com indivíduos que estão a transitar da fase aguda para a fase crónica, em vez de coortes prevalentes, os quais inevitavelmente acabam por incluir indivíduos muito heterogéneos, relativamente à duração dos sintomas e a outros fatores.

Outra potencial limitação deste estudo foi a medição de resultados. Todos os *outcomes* do estudo foram avaliados com medidas de autoavaliação pelo participante, situação que pode potenciar o viés de resposta, uma vez que os participantes podem classificar a sua evolução considerando vários constructos sociais para além dos que são avaliados em cada instrumento (Verkerk et al. 2011). Para minimizar este aspeto foi assegurado que o preenchimento dos instrumentos era autónomo e confidencial e foi pedido aos participantes que os preenchessem com a máxima sinceridade. Ainda relativamente ao preenchimento dos instrumentos de autoavaliação, a proximidade dos tempos de avaliação pode também ter contribuído para o viés de memória.

Outra potencial limitação poderá estar relacionada com o efeito de Hawthorne, que consiste no facto dos participantes registarem melhorias simplesmente por estarem inseridos num estudo e devido à monitorização constante (Artus et al. 2014).

Dada a natureza crónica da condição também teria sido importante a realização de períodos de *follow-up* mais prolongados (ex. 6 meses/ 12 meses) tal como realizado noutros estudos sobre o curso clínico desta condição.

De ressaltar também que tendo em conta que na análise de sobrevivência os participantes desistentes são censurados, e que as perdas até ao final deste estudo foram consideráveis, isto pode influenciar as probabilidades cumulativas de sobrevivência. Ou seja, as probabilidades cumulativas de não sobrevivência são influenciadas não só pelos participantes que não atingiram os critérios mas também por aqueles que simplesmente desistiram. (Hancock et al. 2014)



## 5. Conclusão

Os resultados deste estudo parecem confirmar a variabilidade da resposta ao tratamento e reforçar a heterogeneidade referida acerca dos utentes com DLCNE. No global, a resposta ao tratamento multimodal de fisioterapia não parece favorável, com uma parte importante dos utentes a não alcançarem resultados satisfatórios. No entanto, os resultados obtidos sugerem também a existência de subgrupos de utentes com diferentes padrões de resposta ao tratamento sugerindo que há utentes que beneficiam muito do tratamento e outros que não obtêm uma melhoria relevante. Este aspeto deve merecer particular atenção em estudos futuros.

Para além deste aspeto, os resultados indicam que o curso clínico dos *outcomes* evolui favoravelmente nas primeiras semanas de tratamento e que o alívio da dor é mais fácil de obter do que a melhoria dos níveis funcionais dos utentes. Outro aspeto a salientar é o de que a noção de recuperação, na perspetiva dos utentes, parece incluir outros fatores para além da melhoria da dor e incapacidade funcional. Este estudo também evidencia um elevado número de recorrências durante o período de tratamento considerando-se por isso importante em estudos futuros a avaliação das mesmas durante a intervenção, por forma a estabelecer critérios mais consistentes de recuperação efetiva.

Os resultados deste estudo de coorte prospetivo vêm reforçar a ideia de que a variabilidade dos critérios de melhoria estabelecidos pode influenciar fortemente os resultados reportados pela literatura, e sublinhar a necessidade de melhorar o desenho metodológico dos estudos acerca do curso clínico da resposta ao tratamento com a introdução de medições repetidas e períodos de análise pré-definidos.

## 6. Referências Bibliográficas

- Airaksinen, O. et al., 2006. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(S2), pp.s192–s300. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/s00586-006-1072-1>.
- Artus, M. et al., 2010. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: A systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology*, 49(12), pp.2346–2356.
- Artus, M. et al., 2014. The clinical course of low back pain : a meta-analysis comparing outcomes in randomised clinical trials ( RCTs ) and observational studies. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(68).
- Azevedo, L.F. et al., 2014. The economic impact of chronic pain : a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *The European Journal of Health Economic*, (November).
- Bekkering, G.E. et al., 2003. Development of an implementation strategy for physiotherapy guidelines on low back pain. *The Australian journal of physiotherapy*, 49(FEBRUARY), pp.208–214.
- Branco, J.C. et al., 2016. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD open*, 2(1), p.e000166. Available at: <http://rmdopen.bmj.com/content/2/1/e000166.full>.
- Caeiro, C. et al., 2015. Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica.
- Cassidy, J.D. et al., 2005. Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine*, 30(24), pp.2817–2823.
- Chen, C. et al., 2015. Prognosis and course of work-participation in patients with chronic non-specific low back pain: A 12-month follow-up cohort study. *Journal of rehabilitation medicine*, 47(January 2003), pp.854–859. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26306820>.
- Chen, C., Hogg-johnson, S. & Smith, P., 2007. The recovery patterns of back pain among workers with compensated occupational back injuries. *Occup Environ Med*, 64, pp.534–540.
- Cleland, J. a., Childs, J.D. & Whitman, J.M., 2008. Psychometric Properties of the Neck Disability Index and Numeric Pain Rating Scale in Patients With Mechanical Neck Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(1), pp.69–74.
- Costa, C.M. et al., 2009. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 339(July 2005), p.b3829.
- Costa, D., Cruz, E. & Caeiro, C., 2014. *Factores de Prognóstico para os Resultados de*

*Insucesso da Intervenção Multimodal em Fisioterapia, em Utentes com Dor Lombar Crónica.* Instituto Politécnico de Setúbal.

- Costa, L.D.C.M. et al., 2012. The prognosis of acute and persistent low-back pain meta-analysis. *Cmaj*, 184(11), pp.1229–1230.
- Cruz, E.B. et al., 2013. Cross-cultural adaptation and validation of the Quebec Back Pain Disability Scale to European Portuguese language. *Spine*, 38(23), pp.E1491–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23887443>.
- Deyo, R. a. et al., 2014. Report of the NIH task force on research standards for chronic low back pain. *Pain Medicine (United States)*, 15(8), pp.1249–1267.
- Dunn, K.M., Jordan, K. & Croft, P.R., 2006. Original Contribution Characterizing the Course of Low Back Pain : A Latent Class Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 163(8), pp.754–761.
- Dworkin, R.H. et al., 2009. Interpreting the clinical importance of group differences in chronic pain clinical trials : IMMPACT recommendations. *Pain*, 146(3), pp.238–244. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2009.08.019>.
- Dworkin, R.H. et al., 2008. Interpreting the Clinical Importance of Treatment Outcomes in Chronic Pain Clinical Trials: IMMPACT Recommendations. *Journal of Pain*, 9(2), pp.105–121.
- Enthoven, P. et al., 2004. Clinical Course in Patients Seeking Primary Care for Back or Neck Pain : A Prospective 5- Year Follow-Up of Outcome and Health Care Consumption with Subgroup Analysis Clinical Course in Patients Seeking Primary Care for Back or Neck Pain : A Prospective 5. *Spine (Phila Pa 1976)*, 29(21)(March 2016).
- Farrar, J.T. et al., 2001. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical rating scale. *Pain*, 94(2), pp.149–158.
- Ferreira-Valente, M.A., Pais-Ribeiro, J.L. & Jensen, M.P., 2011. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), pp.2399–2404.
- Fersum, K. V. et al., 2010. Integration of subclassification strategies in randomised controlled clinical trials evaluating manual therapy treatment and exercise therapy for non-specific chronic low back pain: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 44(14), pp.1054–1062. Available at: <http://bjsm.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bjsem.2009.063289>.
- Goldby, L.J. et al., 2006. A Randomized Controlled Trial Investigating the Efficiency of Musculoskeletal Physiotherapy on Chronic Low Back Disorder. *Spine*, 31(10), pp.1083–1093. Available at: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00007632-200605010-00004>.

- Gouveia, M. & Augusto, M., 2011. Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), pp.100–107. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087090251170013X>.
- Gouveia, N. et al., 2015. Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese population: results from a national survey. *Rheumatology International*, (April 2016). Available at: "<http://dx.doi.org/10.1007/s00296-015-3398-7>."
- Hancock, M.J. et al., 2014. A guide to survival analysis for manual therapy clinicians and researchers. *Manual Therapy*, 19(6), pp.511–516. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2013.08.007>.
- Hawker, G.A. et al., 2011. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF. *Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11), pp.S240–S252.
- Helmhout, P.H. et al., 2010. Prognostic factors for perceived recovery or functional improvement in non-specific low back pain: Secondary analyses of three randomized clinical trials. *European Spine Journal*, 19(4), pp.650–659.
- Hestbaek, L., Leboeuf-yde, C. & Leboeuf-yde, C., 2003. Low back pain : what is the long-term course ? A review of studies of general patient populations. *EUROPEAN SPINE JOURNAL*, 12(March 2016), pp.149–165.
- Heymans, M.W. et al., 2007. Exploring the contribution of patient-reported and clinician based variables for the prediction of low back work status. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), pp.383–397.
- Hidalgo, B. et al., 2014. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *The Journal of manual & manipulative therapy*, 22(2), pp.59–74. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24976749>  
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/2042618613Y.00000000041>.
- Hoy, D. et al., 2010. The Epidemiology of low back pain. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 24(6), pp.769–781.
- Hush, J.M. et al., 2009. Recovery: What does this mean to patients with low back pain? *Arthritis Care and Research*, 61(1), pp.124–131.
- Hush, J.M. et al., 2012. Standardized Measurement of Recovery From Nonspecific Back Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(5), pp.849–855. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003999311010732>.
- Jones, K.R. et al., 2007. Determining mild, moderate, and severe pain equivalency

- across pain-intensity tools in nursing home residents. *Journal of rehabilitation research and development*, 44(2), pp.305–314.
- Jones, L.D., Pandit, H. & Lavy, C., 2014. Back pain in the elderly: A review. *Maturitas*, 78(4), pp.258–262. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.004>.
- Kamper, S.J. et al., 2011. How is recovery from low back pain measured? A systematic review of the literature. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 20(1), pp.9–18. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3036032&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Kamper, S.J. et al., 2010. How little pain and disability do patients with low back pain have to experience to feel that they have recovered? *European Spine Journal*, 19(9), pp.1495–1501.
- Kamper, S.J. et al., 2014. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(September), p.CD000963.
- Kamper, S.J., Maher, C.G. & Mackay, G., 2009. Global rating of change scales: A review of strengths and weaknesses and considerations for design. *The Journal of manual & manipulative therapy*, 17(3), pp.163–170. Available at: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=305401066726053;res=IELHEA>.
- Koes, B.W. et al., 2001. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine (Phila Pa 1976)*, 26(22), p.2504. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11707719>.
- Kongsted, A. et al., 2015. Patients with low back pain had distinct clinical course patterns that were typically neither complete recovery nor constant pain. A latent class analysis of longitudinal data. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*, 15(5), pp.885–94. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1529943015001102>.
- Kopec, J.A. et al., 1995. The Quebec Back Pain Disability Scale. Measurement properties. *Spine*, 20(3), pp.341–352.
- Krismer, M. et al., 2014. Low back pain (non-specific). *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 78(4), pp.258–262. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.004>.
- Lemeunier, N., Leboeuf-Yde, C. & Gagey, O., 2012. The natural course of low back pain: a systematic critical literature review. *Chiropractic & Manual Therapies*, 20(1), p.33.

- Litcher-Kelly, L. et al., 2007. A systematic review of measures used to assess chronic musculoskeletal pain in clinical and randomized controlled clinical trials. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*, 8(12), pp.906–13. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2691574&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Macedo, L.G. et al., 2014. Nature and Determinants of the Course of Chronic Low Back Pain Over a 12-Month Period: A Cluster Analysis. *Physical Therapy*, 94(2), pp.210–221. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2012450370&site=ehost-live&scope=site> <http://0-content.ebscohost.com/enterprise.sacredheart.edu/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=2012450370&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNxb4kSep7c4xNvgOLCmr0yep7FSrq>.
- Mannion, A.F. et al., 2007. Pain measurement in patients with low back pain. *Rheumatology*, 3(11).
- Moniz, S., Cruz, E. & Fernandes, R., 2012. *Caracterização da intervenção da Fisioterapia em indivíduos com dor crónica lombar, e seus resultados a nível da dor e capacidade funcional*.
- Ostelo, R.W.J.G. et al., 2008. Interpreting Change Scores for Pain and Functional Status in Low Back Pain. *Spine*, 33(1), pp.90–94.
- Ostelo, R.W.J.G. & De Vet, H.C.W., 2005. Clinically important outcomes in low back pain. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 19(4), pp.593–607.
- Rahu, M.A. et al., 2015. Validity and Sensitivity of 6 Pain Scales in Critically Ill, Intubated Adults. *American Journal of Critical Care*, 24(6), pp.514–524.
- Smeets, R.J.E.M. et al., 2006. Active rehabilitation for chronic low back pain: cognitive-behavioral, physical, or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial [ISRCTN22714229]. *BMC musculoskeletal disorders*, 7, p.5.
- Smeets, R.J.E.M. et al., 2008. Chronic low back pain: Physical training, graded activity with problem solving training, or both? The one-year post-treatment results of a randomized controlled trial. *Pain*, 134(3), pp.263–276.
- Stanton, T.R. et al., 2008. After an episode of acute low back pain, recurrence is unpredictable and not as common as previously thought. *Spine*, 33(26), pp.2923–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19092626>.
- Sterling, M., 2014. Physiotherapy management of whiplash-associated disorders (WAD). *Journal of Physiotherapy*, 60(1), pp.5–12. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2013.12.004>.

- Verkerk, K. et al., 2011. Course and prognosis of recovery for chronic non-specific low back pain: design, therapy program and baseline data of a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), p.252. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/252>.
- Verkerk, K. et al., 2013. Prognosis and Course of Disability in Patients with Chronic Non-specific Low Back Pain: a 5- and 12- Month Follow-up Cohort Study. *Physical Therapy*, 93(12).
- Verkerk, K. et al., 2015. Prognosis and course of pain in patients with chronic non-specific low back pain: A 1-year follow-up cohort study. *European journal of pain (London, England)*, 19(8), pp.1101–10. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25565501>.
- Verkerk, K. et al., 2015. Prognosis and course of work-participation in patients with chronic non-specific low back pain: A 12-month follow-up cohort study. *Journal of rehabilitation medicine*, 47(January 2003), pp.854–859. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26306820>.
- Wilhelm, F. et al., 2010. Sensitivity to change of the Quebec Back Pain Disability Scale and the Dallas Pain Questionnaire. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(1), pp.15–23. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065709002607> \n<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065709002607/pdfft?md5=918e1a8bb33c2f41ca692e5f885dc139&pid=1-s2.0-S1877065709002607-main.pdf>.
- Woolf, A.D. & Pfleger, B., 2003. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), pp.646–656.

## Índice de Figuras

Figura 1 Desenho do estudo .....	9
Figura 2 - Evolução semanal da média da intensidade da dor avaliada pela END. ....	17
Figura 3 - Evolução semanal da média da incapacidade funcional avaliada pela QBPDS. .....	17
Figura 4 - Pontuação da GBRS na primeira semana após o início da intervenção (A), 8 semanas após o início da intervenção (B), e no <i>follow-up</i> de 3 meses (C). ....	18
Figura 5 Probabilidade cumulativa de não alcançar 30% de melhoria na dor em 3 meses. ....	19
Figura 6 - Probabilidade cumulativa de não alcançar 30% de melhoria na capacidade funcional em 3 meses. ....	20
Figura 7 - Probabilidade cumulativa de não alcançar 2 pontos positivos na GBRS em 3 meses .....	21
Figura 8 Probabilidade cumulativa de não alcançar 30% de melhoria na dor em duas semanas consecutivas e no final do estudo (3 meses). ....	22
Figura 9 - Probabilidade cumulativa de não alcançar 30% de melhoria na capacidade funcional em 2 semanas consecutivas durante o período do estudo (3 meses). ....	23
Figura 10 - Probabilidade cumulativa de não alcançar 2 pontos positivos na GBRS em duas semanas consecutivas e no final do estudo (3 meses). ....	23
Figura 11 - Probabilidade cumulativa de não reportar ausência de dor (11A) e ausência de incapacidade (11B), mantida durante 4 semanas. ....	24



## Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	14
Tabela 2. Caracterização dos dados clínicos da amostra – hábitos tabágicos, caracterização da dor, e absentismo laboral; .....	15
Tabela 3. Estatística descritiva dos <i>outcomes</i> em estudo na <i>baseline</i> , 8 semanas após o início do tratamento e no <i>follow-up</i> de 3 meses. ....	16
Tabela 4. Utentes recuperados em cada outcome e entre estes aqueles que sofreram pelo menos uma recorrência até ao <i>follow-up</i> de 3 meses.....	25

## **Apêndices**

### **Apêndice A – Manual de Recrutamento e Seleção da Amostra**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Curso Clínico da resposta ao tratamento em utentes com Dor Lombar Crónica  
– Estudo de Coorte Prospetivo**

Ana Margarida Ribeiro; Diogo Pires; Eduardo Cruz; (2015)

## MANUAL RECRUTAMENTO

## **Seleção e Recrutamento dos Participantes com Dor Lombar Crónica - 3 Passos**

### **1º Passo – Identificar potenciais participantes**

Verificar o processo clínico dos utentes enviados para a Fisioterapia e sinalizar os potenciais participantes através do diagnóstico médico de Dor Lombar ou outras classificações alternativas, por exemplo, Dor Lombar, Tensão Lombar, Lombalgia, Lumbago ou Raquialgia Lombar (International Classification of Diseases, 2010)

### **2º Passo – Verificar critérios de inclusão/exclusão**

Nos critérios de exclusão, assume-se que a indicação para Fisioterapia inclui a verificação de situações de contra-indicação ou situações com diagnóstico específico. Assim, assume-se que todos os participantes enviados para intervenção em Fisioterapia não possuem sintomas de compressão radicular<sup>1</sup>, cauda equina, doença sistémica, inflamatória e/ou infecciosa, dor de origem visceral/maligna ou fractura/risco de fractura associado a osteoporose (Smeets et al., 2006). Assume-se igualmente que condições de dor lombar associadas a patologia específica, tais como, infecção, tumor, osteoporose, fractura, deformidade estrutural, doença inflamatória (ex. espondilite anquilosante), estão devidamente indicadas no registo ou processo clínico, permitindo dessa forma a exclusão destes participantes.

Assim, apenas terá que verificar **se o potencial participante apresenta os seguintes critérios de inclusão:**

---

<sup>1</sup> Note-se que existe uma diferenciação importante entre dor de origem específica (ex. síndrome de compressão radicular) e dor de origem não específica. Em ambos os casos pode existir dor referida para o membro inferior mas na dor lombar de origem não específica não existe deficit neurológico (alterações nos reflexos, sensibilidade ou força) (Pinto et al., 2011a). É considerada a presença de sintomas de compressão radicular (origem específica) quando se verifica a presença de pelo menos dois testes neurológicos positivos: reflexos, dermatomas (sensibilidade) ou miotomas (força) (Pinto et al., 2011b).

(coloque uma cruz no espaço apropriado para confirmar o critério):

Critérios de Inclusão	Sim
Dor localizada na região lombar e/ou associada a sintomatologia dos membros inferiores que dura há pelo menos 3 meses, sem causa específica <b>ou</b> presença de dor lombar em pelo menos metade dos dias nos últimos seis meses, <b>ou</b> presença de dor.	<input type="checkbox"/>
Tem idade compreendida entre 18 e 65 anos	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
Não realizou cirurgia lombar nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>
Não realizou Fisioterapia ou outro tratamento conservador por sintomas lombares nos 3 meses prévios, com excepção da medicação para a dor <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>
Não está grávida (Mulheres)	<input type="checkbox"/>

### 3º PASSO – Convidar o utente a participar no estudo

Concluído o processo de verificação dos critérios de inclusão e exclusão será necessário obter autorização por parte dos participantes que será feita mediante solicitação de assinatura do formulário de consentimento informado. Previamente à sua assinatura deve ser explicado a cada participante, **o objectivo do estudo, os riscos e potenciais vantagens, os procedimentos para garantir a confidencialidade e o anonimato, os procedimentos de recolha de dados**, tal como referido na declaração de consentimento informado na página seguinte.

## **Apêndice B – Folha de Registo de Procedimentos**

# Folha de Registo dos Procedimentos/ Modalidades Terapêuticas

Caro colega, por favor preencha as questões colocadas e especifique a intervenção realizada ao utente, preenchendo os espaços de acordo com tal.

## 1. Quem referiu o utente para a Fisioterapia?

Fisiatra ☐ Neurologista/ Neurocirurgião ☐ Reumatologista ☐ Fisioterapeuta ☐  
Ortopedista ☐ Médico Clínica Geral ☐ Auto referenciação ☐ Outra situação ☐

## 2. Qual o subsistema do utente?

SNS ☐ ADSE ☐ IASFA ☐ Seguros ☐ Outro ☐  
SAMS ☐ Sem subsistema (privado) ☐ CGD ☐ PT ☐ Qual? \_\_\_\_\_

## 3. Qual a data do inicio da intervenção \_\_\_\_\_

4. Qual a data da alta \_\_\_\_\_ Utente mantém tratamento ☐

## 5. Qual o motivo da alta:

Utente abandonou tratamento ☐ Final do tratamento definido ☐ Final das sessões prescritas ☐ Melhoria Clínica ☐  
Pioras clinicas ☐ Necessidade de Exames Complementares ☐ Outro ☐ Qual? \_\_\_\_\_

Modalidades / procedimentos utilizados. **Assinale com uma cruz as modalidades realizadas em cada semana de tratamento**

Modalidades Terapêuticas:	1. <sup>a</sup> semana					2. <sup>a</sup> semana					3. <sup>a</sup> semana					4. <sup>a</sup> semana					5. <sup>a</sup> semana					6. <sup>a</sup> semana					7. <sup>a</sup> semana					8. <sup>a</sup> semana				
	2 a	3 a	4 a	5 a	6 a	2 a	3 a	4 a	5 a	6 a	2 a	3 a	4 a	5 a	6 a	2 a	3 a	4 a	5 a	6 a	2 a	3 a	4 a	5 a	6 a	2 a	3 a	4 a	5 a	6 a	2 a	3 a	4 a	5 a	6 a					
1. Educação/ Informação/ Aconselhament o																																								
2. Exercícios Terapêuticos																																								
3. Prescrição, aplicação, confeção de dispositivos																																								
4. Eletroterapia																																								
5. Terapia Manual																																								
6. Agentes Físicos e modalidades mecânicas																																								
7. Treino de retorno à atividade profissional																																								
8. Outros procedimentos não farmacológicos																																								
<b>Número total de sessões</b>																																								
<b>Número total de sessões realizadas até à alta</b>																																								

A preencher pelo Investigador



## GLOSSÁRIO

### Tipologia de Intervenção

A tipologia de intervenção pretende identificar e categorizar as modalidades/ procedimentos utilizados pelos fisioterapeutas nas diferentes sessões de tratamento. Optou-se por uma taxonomia de categorias genérica dada a natureza multimodal da intervenção em Fisioterapia e a impossibilidade de agrupar a enorme variabilidade de procedimentos utilizados (Gil et al. 2007; Moniz et al. 2012).

Para efeitos de preenchimento da folha de registo, o Fisioterapeuta deve:

1. Registrar as modalidades/ procedimentos efetuados de acordo com o dia e semana respetivo.
2. Pequenas variações na natureza ou tipo de procedimento/ modalidade não devem ser registadas.

Os diferentes procedimentos terapêuticos são agrupados nas categorias seguintes:

#### Exercícios Terapêuticos

Inclui exercícios supervisionados realizados individualmente ou em grupo, realizados quer em meio terrestre como aquático. Pode incluir: atividade aeróbia, instrução do movimento, fortalecimento muscular, controlo postural, alongamento, resistência, treino de atividades da vida diária, equilíbrio, biofeedback/ EMG/, treino de mecanismos corporais, exercícios em cadeia fechada, reintegração comunitária, técnicas cranio-sacrais, conservação de energia, treino funcional, treino de marcha, exercícios para casa, autotratamento, reeducação da coordenação, mobilidade articular, método McKenzie, exercícios MET (equivalente metabólico), energia muscular, modulação da dor, exercícios do pavimento pélvico, exercícios de consciencialização corporal, exercícios pliométricos, exercícios posturais, exercícios proprioceptivos, treino prostético, técnicas de relaxamento, corrida/ exercícios de agilidade, reeducação sensorial, estabilização, exercícios com a bola suíça, atividade terapêutica, treino de video-feedback, reeducação visual-motora, PNF (facilitação neuromuscular proprioceptiva), exercício de transferência, exercício na passadeira e/ou outros tipos de exercícios. Outros tipos de exercício.

#### Educação/ Informação/ Aconselhamento

Inclui aconselhamento individual ou em grupo, orientado por profissionais, a respeito da atividade, exercício e/ou causas de dor na coluna lombar, com recurso a sessões de educação formal e material de apoio educacional escrito. Pode incluir terapia cognitivo comportamental e autotratamento, educação para o exercício autónomo; "Back school"....

#### Terapia Manual

Inclui mobilização vertebral, massagem, manipulação (alta velocidade), mobilização dos tecidos moles, massagem de fricção, técnicas miofasciais, massagem transversal profunda, técnicas de relaxamento, técnicas de tensão neural/mobilização, contrair- relaxar.

#### Agentes Físicos e modalidades mecânicas

Inclui correntes interferenciais, laser, TENS (dor), ultrassom, diatermia, calor, calor húmido, parafina, Cryo Cuff/ compressão, gelo/ crioterapia, fonoforese, banho de contraste, hidromassagem, energia térmica. Inclui suportes lombares, tração, tração mecânica lombar, CPM (continuous passive motion), pressoterapia, e/ou outros agentes...

#### Eletroterapia

Inclui modalidades eletroterapêuticas para aplicação de iontoforese, estimulação elétrica, modalidades eletroterapêuticas para controlo do edema, modalidades eletroterapêuticas para controlo da dor, TENS motor, Estimulação elétrica por ondas-curtas/dor, Estimulação elétrica/reeducação; Estimulação elétrica/fortalecimento.

#### Treino de retorno à atividade profissional

---

Simulação da atividade profissional, tarefas do trabalho mais difíceis. Outros tipos de treino....

---

**Prescrição, aplicação, confecção de dispositivos**

Aplicação de gesso, ortóteses dinâmicas, ortóteses, talas, modificação protética, "taping" terapêutico, ajudas técnicas no domicílio/ cadeira de rodas. Outros tipos...

---

**Outros procedimentos não farmacológicos**

...

---

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **Apêndice C – Carta Explicativa**

## **CARTA EXPLICATIVA AOS UTENTES**

O meu nome é Ana Margarida Martins Ribeiro, sou Fisioterapeuta e estou a trabalhar num estudo que pretende identificar fatores de prognóstico para os resultados da intervenção em fisioterapia, a curto e longo prazo, ao nível da intensidade da dor, capacidade funcional e percepção de melhoria, em utentes com dor lombar crónica que recorrem aos serviços de fisioterapia. A informação recolhida neste estudo poderá, no futuro, contribuir para que os fisioterapeutas consigam identificar fatores de bom ou mau prognóstico para os resultados da sua intervenção em utentes com dor lombar crónica.

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária. O presente estudo não acarreta qualquer risco, não trazendo também qualquer vantagem direta para os que nele participam, e não irá interferir no plano de tratamento. Se decidir participar no estudo, poderá abandonar o mesmo em qualquer momento sem ter que fornecer qualquer tipo de explicação.

Todo o material recolhido será codificado e tratado de forma anónima e confidencial, sendo conservado à responsabilidade da Fisioterapeuta Margarida Ribeiro e do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Esta recolha de dados será realizada em 10 momentos pré-definidos: 1º momento – antes do início das sessões de fisioterapia ou na 1ª semana de tratamento; 2º ao 7º momento – 1 vez por semana, sempre no início da semana, até à sétima semana de intervenção e posteriormente no final da 8ª semana ou até ao momento de alta; aos 3 meses após o início da intervenção em fisioterapia.

Em todos os momentos de avaliação serão aplicados questionários de auto-preenchimento que pretendem conhecer algumas das suas características pessoais, da sua dor lombar, das dificuldades que tem em realizar tarefas ou atividades por causa da sua dor, e da forma

como acha que a sua condição têm evoluído.

Após a sua alta será contactado via telefónica para preenchimento destes questionários, 3 após o início da fisioterapia. Para tal pedimos que nos permita o acesso ao seu número de telefone.

Os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho de Projeto do Mestrado em Fisioterapia - Ramo das Condições Músculo-Esqueléticas, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. Uma vez apresentados os resultados, os dados originais serão destruídos.

Caso surja alguma dúvida, ou necessite de informação adicional, por favor contacte Margarida Ribeiro através do número 965583538 ou do email [ft.margaridaribeiro@gmail.com](mailto:ft.margaridaribeiro@gmail.com).

Certos que o seu contributo irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração

Os meus melhores cumprimentos,

Fisioterapeuta responsável pelo estudo:

Ana Margarida Martins Ribeiro

## **Apêndice D – Declaração de Consentimento Informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Reconheço que os procedimentos do estudo me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Estou consciente que irei participar num estudo piloto que pretende identificar fatores de prognóstico para os resultados da intervenção em fisioterapia, a curto e longo prazo, ao nível da intensidade da dor, capacidade funcional e perceção de melhoria, em utentes com dor lombar crónica.

Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, nem tem qualquer interferência com o meu tratamento. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo piloto, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

Assim, declaro que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato e sem prejuízo pessoal de cariz ético ou moral.

O Participante

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fisioterapeuta responsável pelo estudo:

\_\_\_\_\_  
Ana Margarida Martins Ribeiro

## **Apêndice E – Caderno de Instrumentos**





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Curso Clínico da resposta ao tratamento em utentes com Dor Lombar Crónica  
– Estudo de Coorte Prospetivo**

Ana Margarida Ribeiro; Diogo Pires; Eduardo Cruz; (2015)

## CADERNO DE INSTRUMENTOS

### RECOLHA DE DADOS - AVALIAÇÃO INICIAL

## **PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS**

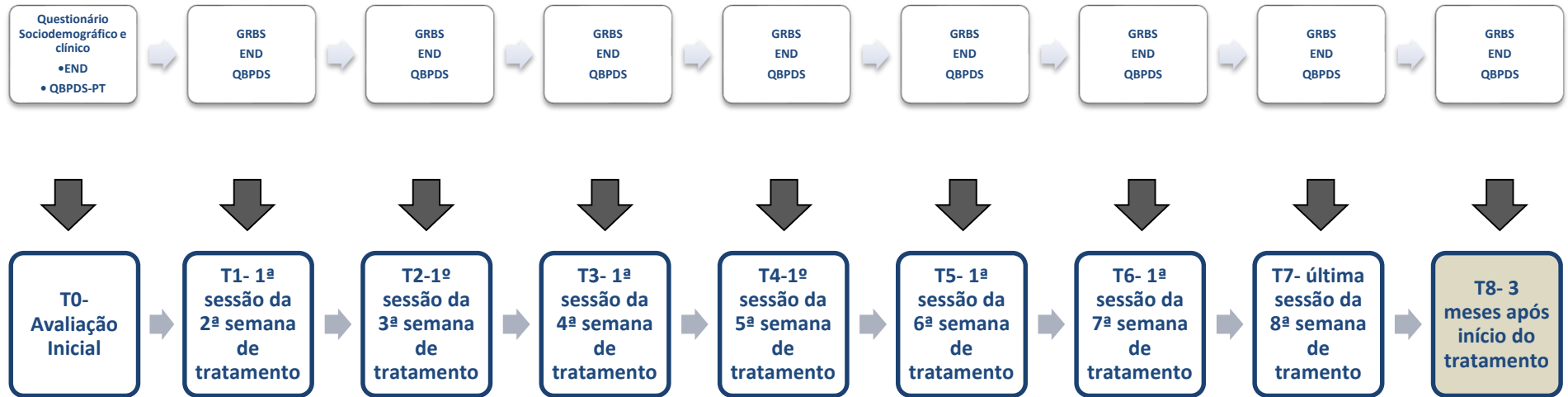
Este protocolo destina-se **apenas** aos participantes no estudo que:

- **cumpriram todos os critérios de inclusão;**
- **aceitaram participar no estudo e assinaram o formulário de consentimento.**

A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos até às 8 semanas ou momento de alta, nos quais deve:

- **Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar a sequência de passagem dos instrumentos.**

## PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS



CÓDIGO DO UTENTE:\_\_\_\_\_ DATA:\_\_\_\_\_ AVALIAÇÃO\_\_\_\_\_ T0\_\_\_\_\_

### **Avaliação Inicial (T0)**

**(Após verificação dos Critérios de Inclusão e assinatura de consentimento informado- Participantes em lista de espera ou na primeira semana de tratamento)**

Tempo de Preenchimento previsto apenas num momento: **10 minutos.**

#### **Seguir a ordem indicada**

1. Questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica (inclui escala numérica da dor).
2. Quebec Back Pain Disability Questionnaire - versão portuguesa.

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Nº de Processo ou Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo responsável do estudo): \_\_\_\_\_

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA  
**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA**  
**DOR LOMBAR CRÓNICA**

Data do preenchimento do questionário: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS**

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Peso (kg): \_\_\_\_\_ 4. Altura (cm): \_\_\_\_\_

5. Qual o seu Estado Civil? (escolha uma das seguintes opções):

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de Facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) ☐

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? (escolha uma das seguintes opções):

Ensino Primário inferior ou ☐ Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade) ☐ Ensino Secundário equivalente completo (12º ano de escolaridade) ou ☐ Ensino Superior completo ☐

7. Qual é sua situação profissional?

A trabalhar ☐ Incapaz de trabalhar devido ao seu problema ☐ Desempregado(a) ☐ Reformada(o) ☐ Doméstica(o) ☐

8. É Fumador? (escolha uma das seguintes opções)

Sim ☐ Ex-fumador ☐ Não ☐

**DADOS CLÍNICOS**

9. Há quanto tempo tem dor lombar? (escolha uma das seguintes opções)

3-6 meses ☐ 6-12 meses ☐ 12-24 meses ☐ Mais de 24 meses ☐

10. A sua dor prolonga-se para a perna?

Sim ☐ Não ☐

**11. Atualmente toma alguma medicação para a sua dor lombar?**

Sim ☐ Não ☐

**12. No último ano faltou ao trabalho devido à sua dor?**

Sim ☐ Não ☐

**12.1. Se sim, quantas vezes?**

1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ☐ Mais de 3 vezes ☐

**12.2. Durante quanto tempo (total de dias ou semanas que faltou no último ano)?**

1 dia ☐ 2 dias ☐ 3 dias ☐ 1 semana ☐ Mais de 1 semana ☐

**13. No último ano esteve de baixa remunerada (estado, seguros, empregador, etc)?**

Sim ☐ Não ☐

**14. Durante o último mês sentiu: (escolha uma das seguintes opções)**

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
Dores de estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores nos braços, pernas ou noutras articulações além das costas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor difusa ou dor em grande parte do corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Na última semana sentiu-se (escolha uma das seguintes opções)**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desamparado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Na última semana... (escolha uma das seguintes opções)**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
O meu sono foi reparador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive problemas em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acordei várias vezes durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Nos últimos 7 dias....**

	Nada	Um pouco	Um tanto	Muito	Bastante
Quanto é que o seu problema afectou as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afectou as suas atividades em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afectou a sua participação em atividades sociais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto é que o seu problema afectou as suas tarefas domésticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Não é seguro para uma pessoa com a minha condição física ser fisicamente ativa**

Discordo plenamente	<input type="checkbox"/>	Discordo	<input type="checkbox"/>	Concordo	<input type="checkbox"/>	Concordo plenamente	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------------	--------------------------

**19. Sinto que as minhas costas estão cada vez piores e nunca vão melhorar.**

Concordo	<input type="checkbox"/>	Discordo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

**20. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor HOJE.**

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

**EXPETATIVAS COM O TRATAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**21. No final do tratamento de fisioterapia, espera que a sua dor lombar? (coloque um circulo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião)**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Esteja pior	Esteja na mesma	Esteja ligeiramente melhor	Esteja melhor	Desapareça

**22. No final do tratamento de fisioterapia, espera que a capacidade para realizar as suas atividades do dia-a-dia? (coloque um circulo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião).**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Esteja pior	Esteja na mesma	Esteja ligeiramente melhor	Esteja melhor	Completamente recuperada

## QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE- VERSÃO PORTUGUESA

Este questionário pretende saber como a sua dor nas costas afecta a sua vida no dia-a-dia. Pessoas com dores de costas poderão achar difícil a realização de algumas atividades diárias. Nós gostaríamos de saber se acha difícil a realização de algumas das atividades listadas abaixo, devido à sua dor de costas. Para cada atividade há uma escala de 0 a 5. Por favor escolha uma opção de resposta para cada atividade (**preencha todas as atividades**) colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua resposta.

**Hoje**, tem dificuldade em realizar as seguintes atividades devido à sua dor de costas?

		0 Sem dificuldade nenhuma	1 Com Um mínimo de dificuldade	2 Com alguma dificuldade	3 Com bastante dificuldade	4 Com muita dificuldade	5 Incapaz de realizar
1	Levantar-se da cama						
2	Dormir toda a noite						
3	Virar-se na cama						
4	Andar de carro						
5	Estar de pé durante 20-30 minutos						
6	Estar sentado numa cadeira por várias horas						
7	Subir um lance de escadas						
8	Andar 300-400 metros						
9	Andar vários quilómetros						
10	Alcançar prateleiras altas						
11	Atirar uma bola						
12	Correr cerca de 100 metros						
13	Tirar comida do frigorífico						
14	Fazer a cama						
15	Calçar meias ( <i>collants</i> )						
16	Dobrar-se à frente para limpar a banheira						
17	Mover uma cadeira						
18	Puxar ou empurrar portas pesadas						
19	Carregar dois sacos de compras						
20	Levantar e carregar uma mala pesada						

Adicione todos os números para obter um **score total**: \_\_\_\_\_





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**Curso Clínico da resposta ao tratamento em utentes com Dor Lombar Crónica  
– Estudo de Coorte Prospetivo**

Ana Margarida Ribeiro; Diogo Pires; Eduardo Cruz; (2015)

## CADERNO DE INSTRUMENTOS

AVALIAÇÕES SEGUINTE

## **PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS**

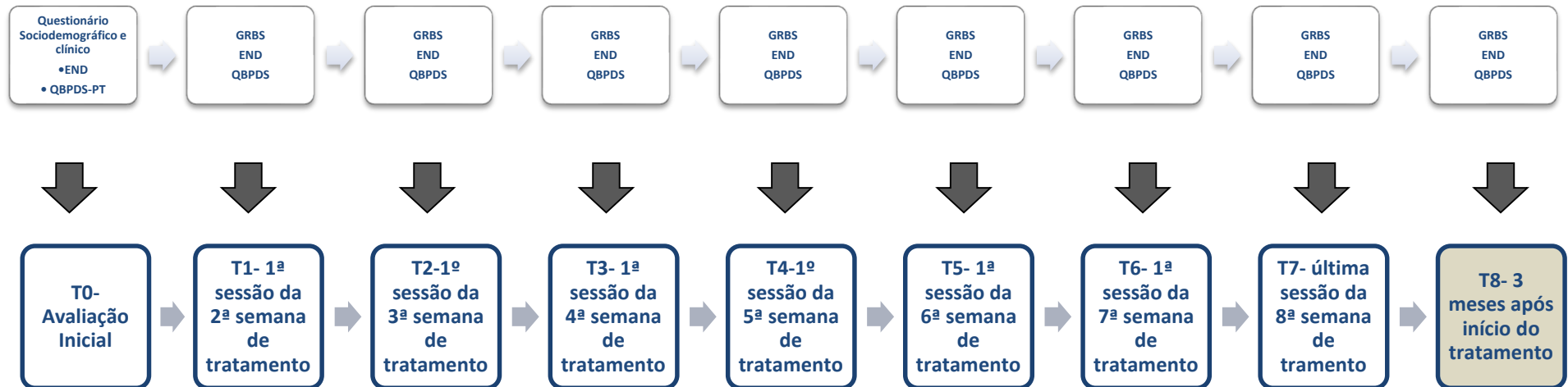
Este protocolo destina-se **apenas** aos participantes no estudo que:

- **cumpriram todos os critérios de inclusão;**
- **aceitaram participar no estudo e assinaram o formulário de consentimento.**

A participação no estudo implica o preenchimento dos instrumentos até às 8 semanas ou momento de alta, nos quais deve:

- **Garantir as mesmas condições de preenchimento nos momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar o intervalo de tempo definido entre os momentos de recolha de dados;**
- **Respeitar a sequência de passagem dos instrumentos.**

## PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS



## **DURANTE O TRATAMENTO**

**B: AVALIAÇÕES SEGUINTE (SEMPRE na 1 sessão da semana seguinte, ou no momento de alta)**

O tempo médio de preenchimento dos instrumentos neste segundo momento é de **7 minutos**. Solicite o preenchimento dos seguintes, na ordem indicada:

- 1. Global Back Recovery Scale - versão portuguesa**
- 2. Escala Numérica da Dor**
- 3. Quebec Back Pain Disability Questionnaire - versão portuguesa**
- 4. Global Back Recovery Scale - versão portuguesa**

CÓDIGO DO UTENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ AVALIAÇÃO (T\_\_\_\_)

## Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa<sup>2</sup>

Comparativamente à última sessão, como descreve as suas costas atualmente? (selecione UMA opção)

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Muito Pior					Na mesma		Completamente recuperado			

## Escala Numérica da Dor

Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor HOJE.

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

<sup>2</sup> Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Pires, D., Costa, D. Freitas, P., e Cruz. E., (2015). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Trabalho não publicado. Versão Original de Hush et al. Arch Phys Med Rehabil (2012) 93: 849-855.

## QUEBEC BACK PAIN DISABILITY SCALE- VERSÃO PORTUGUESA

Este questionário pretende saber como a sua dor nas costas afecta a sua vida no dia-a-dia. Pessoas com dores de costas poderão achar difícil a realização de algumas atividades diárias. Nós gostaríamos de saber se acha difícil a realização de algumas das atividades listadas abaixo, devido à sua dor de costas. Para cada atividade há uma escala de 0 a 5. Por favor escolha uma opção de resposta para cada atividade (**preencha todas as atividades**) colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua resposta.

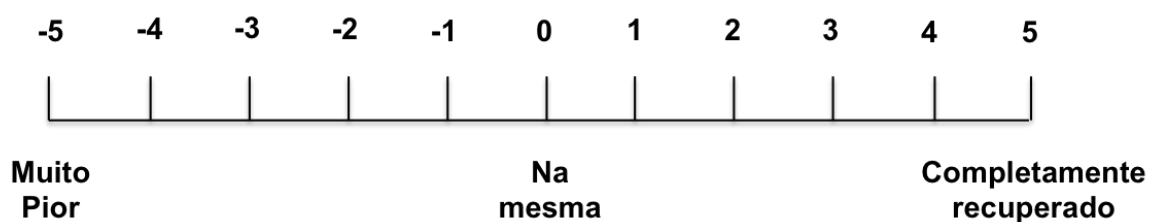
**Hoje**, tem dificuldade em realizar as seguintes atividades devido à sua dor de costas?

		0 Sem dificuldade nenhuma	1 Com Um mínimo de dificuldade	2 Com alguma dificuldade	3 Com bastante dificuldade	4 Com muita dificuldade	5 Incapaz de realizar
1	Levantar-se da cama						
2	Dormir toda a noite						
3	Virar-se na cama						
4	Andar de carro						
5	Estar de pé durante 20-30 minutos						
6	Estar sentado numa cadeira por várias horas						
7	Subir um lance de escadas						
8	Andar 300-400 metros						
9	Andar vários quilómetros						
10	Alcançar prateleiras altas						
11	Atirar uma bola						
12	Correr cerca de 100 metros						
13	Tirar comida do frigorífico						
14	Fazer a cama						
15	Calçar meias ( <i>collants</i> )						
16	Dobrar-se à frente para limpar a banheira						
17	Mover uma cadeira						
18	Puxar ou empurrar portas pesadas						
19	Carregar dois sacos de compras						
20	Levantar e carregar uma mala pesada						

Adicione todos os números para obter um **score total**: \_\_\_\_\_

## Global Back Recovery Scale – Versão Portuguesa<sup>3</sup>

Comparativamente **ao início do tratamento** nesta instituição, como descreve as suas costas atualmente? (selecione UMA opção)



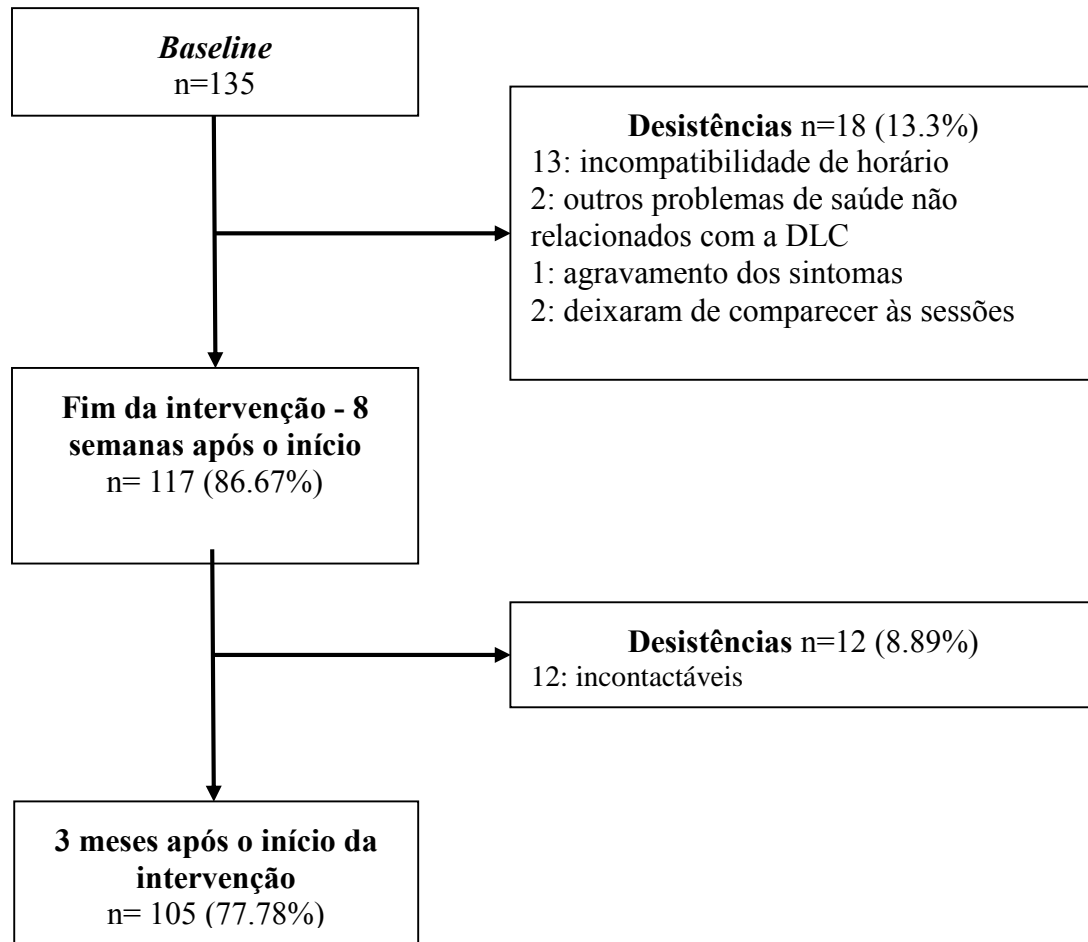
---

<sup>3</sup> Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Pires, D., Costa, D. Freitas, P., e Cruz. E., (2015). Escola Superior de Saúde de Setúbal. Trabalho não publicado. Versão Original de Hush et al. Arch Phys Med Rehabil (2012) 93: 849-855.

## **Apêndice F – Fluxograma de retenção da amostra**



## Fluxograma de retenção da amostra



## **Apêndice G – Caracterização sociodemográfica**

## Dados clínicos da amostra – Dor noutras localizações

Variável	Categorias da Variável	Fa	Fr
Durante o último mês sentiu:			
Dores de estômago	Nunca	n=62	45,9 %
	Algumas Vezes	<b>n= 69</b>	<b>51,1 %</b>
	Muitas Vezes	n= 4	3 %
Dores nos braços, pernas ou noutras articulações além das costas	Nunca	n= 9	6,7 %
	Algumas Vezes	n= 62	45,9 %
	Muitas Vezes	<b>n= 64</b>	<b>47,4 %</b>
Dores de cabeça	Nunca	n= 29	21,5 %
	Algumas Vezes	<b>n= 81</b>	<b>60 %</b>
	Muitas Vezes	n= 25	18,5 %
Dor difusa ou dor em grande parte do corpo	Nunca	n= 38	28,1 %
	Algumas Vezes	<b>n= 68</b>	<b>50,4 %</b>
	Muitas Vezes	n= 29	21,5 %

Legenda: Fa – Frequência absoluta, Fr – Frequência relativa

## Caracterização dos dados clínicos da amostra – Sintomas depressivos

Variável	Categorias da Variável	Fa	Fr
Na última semana...			
Sentiu-se inútil	Nunca	<b>n= 94</b>	<b>69,6 %</b>
	Raramente	n= 20	14,8 %
	Às vezes	n= 14	10,4 %
	Frequentemente	n= 6	4,4 %
	Sempre	n= 1	0,7 %
Sentiu-se desamparado	Nunca	<b>n= 81</b>	<b>60 %</b>
	Raramente	n= 24	17,8 %
	Às vezes	n= 28	20,7 %
	Frequentemente	n= 2	1,5 %
	Sempre	n= 0	0 %
Sentiu-se depressivo	Nunca	<b>n= 71</b>	<b>52,6 %</b>
	Raramente	n= 21	15,6 %
	Às vezes	n= 32	23,7 %
	Frequentemente	n= 10	7,4 %
	Sempre	n= 1	0,7 %
Sentiu-se sem esperança	Nunca	<b>n= 81</b>	<b>60 %</b>
	Raramente	n= 20	14,8 %
	Às vezes	n= 23	17 %
	Frequentemente	n= 9	6,7 %
	Sempre	n= 2	1,5 %

Legenda: Fa – Frequência absoluta, Fr – Frequência relativa

### Caracterização dos dados clínicos da amostra – Qualidade do sono

Variável	Categorias da Variável	Fa	Fr
Na última semana...			
O meu sono foi reparador	Nunca	n= 8	5,9 %
	Raramente	n= 22	16,3 %
	Às vezes	<b>n= 71</b>	<b>52,6 %</b>
	Frequentemente	n= 25	18,5 %
	Sempre	n= 9	6,7 %
Tive problemas em adormecer	Nunca	n= 16	11,9 %
	Raramente	n= 24	17,8 %
	Às vezes	<b>n= 61</b>	<b>45,2 %</b>
	Frequentemente	n= 26	19,3 %
	Sempre	n= 8	5,9 %
Acordei várias vezes durante a noite	Nunca	n= 6	4,4 %
	Raramente	n= 23	17 %
	Às vezes	<b>n= 60</b>	<b>44,4 %</b>
	Frequentemente	n= 36	26,7 %
	Sempre	n= 10	7,4 %

Legenda: Fa – Frequência absoluta, Fr – Frequência relativa

### Caracterização dos dados clínicos da amostra – Influência do problema

Variável	Categorias da Variável	Fa	Fr
Nos últimos 7 dias:			
Quanto é o problema afetou as atividades do dia-a-dia?	Nada	n= 23	17 %
	Um pouco	<b>n= 63</b>	<b>46,7 %</b>
	Um tanto	n= 22	16,3 %
	Muito	n= 17	12,6 %
	Bastante	n= 10	7,4 %
Quanto é o problema afetou as atividades em casa?	Nada	n= 22	16,3 %
	Um pouco	<b>n= 52</b>	<b>38,5 %</b>
	Um tanto	n= 26	19,3 %
	Muito	n= 25	18,5 %
	Bastante	n= 10	7,4 %
Quanto é o problema afetou a participação em atividades sociais?	Nada	n= 43	31,9 %
	Um pouco	<b>n= 51</b>	<b>37,8 %</b>
	Um tanto	n= 26	19,3 %
	Muito	n= 12	8,9 %
	Bastante	n= 3	2,2 %

Quanto é o problema afetou as tarefas domésticas?	Nada	n= 27	20 %
	Um pouco	<b>n= 46</b>	<b>34,1 %</b>
	Um tanto	n= 24	17,8 %
	Muito	n= 24	17,8 %
	Bastante	n= 14	10,4 %

Legenda: Fa – Frequência absoluta, Fr – Frequência relativa

## **Apêndice H – *Output* do SPSS relativo aos dados sociodemográficos**

## Frequencies

**Statistics**

		Classificação_IM C	Sexo	Est.civil	Habli.Liter	Sit.Profiss	Háb.tabágicos	Duração_DLC	IrradicaçãoMI
N	Valid	135	135	135	135	135	135	135	135
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

**Statistics**

		Medicação_DL C	Absen_ultimoan o	N_vezesabsenti smo	Duração_absen tis	Baixa_remun	Dores_estômag o	Dores_articula	Dores_cabeça	Dor_difusa
N	Valid	135	135	135	135	135	135	135	135	135
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Statistics**

		Inútil	Desamparado	Depressivo	S_esperança	Sono_reparad	Prob_adormec er	Acordar_noite	Activ_diaadia	Activ_casa	Particip_social	Taref_Domest
N	Valid	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135	135
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Idade	135	18	64	46,67	10,978	120,522
IMC	135	17,80	41,73	26,5303	4,48227	20,091
Valid N (listwise)	135					

**Classificação\_IMC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixo Peso	1	,7	,7	,7
	Excesso de Peso	46	34,1	34,1	34,8
	Obesidade	29	21,5	21,5	56,3
	Peso Normal	59	43,7	43,7	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

**Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	116	85,9	85,9	85,9
	Masculino	19	14,1	14,1	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

**Est.civil**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado (a)	89	65,9	65,9	65,9
	Divorciado (a)	11	8,1	8,1	74,1
	Solteiro (a)	20	14,8	14,8	88,9
	União de facto	9	6,7	6,7	95,6
	Vivúvo (a)	6	4,4	4,4	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

**Habli.Liter**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Básico	43	31,9	31,9	31,9
	Ensino Primário	19	14,1	14,1	45,9
	Ensino Secundár	42	31,1	31,1	77,0
	Ensino Superior	31	23,0	23,0	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

**Sit.Profiss**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		1	,7	,7	,7
	A trabalhar	117	86,7	86,7	87,4
	Desempregada (o)	3	2,2	2,2	89,6
	Doméstica (o)	4	3,0	3,0	92,6



Incapaz de trabalhar	5	3,7	3,7	96,3
Reformada (o)	5	3,7	3,7	100,0
Total	135	100,0	100,0	

#### Háb.tabágicos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ex-Fumador	13	9,6	9,6	9,6
	Não	112	83,0	83,0	92,6
	Sim	10	7,4	7,4	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

#### Duração\_DLC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12-24 Meses	7	5,2	5,2	5,2
	3-6 Meses	15	11,1	11,1	16,3
	6-12 Meses	22	16,3	16,3	32,6
	Mais de 24 Meses	91	67,4	67,4	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

#### IrradicaçãoMI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	43	31,9	31,9	31,9
	Sim	92	68,1	68,1	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

#### Medicação\_DLC

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	82	60,7	60,7	60,7
	Sim	53	39,3	39,3	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

#### Absen\_ultimoano

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	112	83,0	83,0	83,0
	Sim	23	17,0	17,0	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

**N\_vezesabsentismo**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	112	83,0	83,0	83,0
1 vez	7	5,2	5,2	88,1
2 vezes	5	3,7	3,7	91,9
3 vezes	3	2,2	2,2	94,1
Mais de 3 vezes	8	5,9	5,9	100,0
Total	135	100,0	100,0	

**Duração\_absentis**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	113	83,7	83,7	83,7
1 Dia	2	1,5	1,5	85,2
1 Semana	7	5,2	5,2	90,4
3 Dias	3	2,2	2,2	92,6
Mais de 1 Semana	10	7,4	7,4	100,0
Total	135	100,0	100,0	

**Baixa\_remun**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16	11,9	11,9	11,9
Não	97	71,9	71,9	83,7
Sim	22	16,3	16,3	100,0
Total	135	100,0	100,0	

**Dores\_estômago**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Algumas vezes	69	51,1	51,1	51,1
Muitas vezes	4	3,0	3,0	54,1
Nunca	62	45,9	45,9	100,0
Total	135	100,0	100,0	

**Dores\_articula**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Algumas vezes	62	45,9	45,9	45,9
Muitas vezes	64	47,4	47,4	93,3

Nunca	9	6,7	6,7	100,0
Total	135	100,0	100,0	

#### Dores\_cabeça

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Algumas vezes	81	60,0	60,0	60,0
Muitas vezes	25	18,5	18,5	78,5
Nunca	29	21,5	21,5	100,0
Total	135	100,0	100,0	

#### Dor\_difusa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Algumas vezes	68	50,4	50,4	50,4
Muitas vezes	29	21,5	21,5	71,9
Nunca	38	28,1	28,1	100,0
Total	135	100,0	100,0	

#### Inútil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Às Vezes	14	10,4	10,4	10,4
Frequentemente	6	4,4	4,4	14,8
Nunca	94	69,6	69,6	84,4
Raramente	20	14,8	14,8	99,3
Sempre	1	,7	,7	100,0
Total	135	100,0	100,0	

#### Desamparado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Às Vezes	28	20,7	20,7	20,7
Frequentemente	2	1,5	1,5	22,2
Nunca	81	60,0	60,0	82,2
Raramente	24	17,8	17,8	100,0
Total	135	100,0	100,0	

#### Depressivo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Às Vezes	32	23,7	23,7	23,7

Frequentemente	10	7,4	7,4	31,1
Nunca	71	52,6	52,6	83,7
Raramente	21	15,6	15,6	99,3
Sempre	1	,7	,7	100,0
Total	135	100,0	100,0	

#### S\_esperança

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às Vezes	23	17,0	17,0	17,0
	Frequentemente	9	6,7	6,7	23,7
	Nunca	81	60,0	60,0	83,7
	Raramente	20	14,8	14,8	98,5
	Sempre	2	1,5	1,5	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

#### Sono\_reparad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às Vezes	71	52,6	52,6	52,6
	Frequentemente	25	18,5	18,5	71,1
	Nunca	8	5,9	5,9	77,0
	Raramente	22	16,3	16,3	93,3
	Sempre	9	6,7	6,7	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

#### Prob\_adormecer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às Vezes	61	45,2	45,2	45,2
	Frequentemente	26	19,3	19,3	64,4
	Nunca	16	11,9	11,9	76,3
	Raramente	24	17,8	17,8	94,1
	Sempre	8	5,9	5,9	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

#### Acordar\_noite

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Às Vezes	60	44,4	44,4	44,4

Frequentemente	36	26,7	26,7	71,1
Nunca	6	4,4	4,4	75,6
Raramente	23	17,0	17,0	92,6
Sempre	10	7,4	7,4	100,0
Total	135	100,0	100,0	

**Activ\_diaadia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bastante	10	7,4	7,4	7,4
	Muito	17	12,6	12,6	20,0
	Nada	23	17,0	17,0	37,0
	Um Pouco	63	46,7	46,7	83,7
	Um tanto	22	16,3	16,3	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

**Activ\_casa**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bastante	10	7,4	7,4	7,4
	Muito	25	18,5	18,5	25,9
	Nada	22	16,3	16,3	42,2
	Um Pouco	52	38,5	38,5	80,7
	Um tanto	26	19,3	19,3	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

**Particip\_social**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bastante	3	2,2	2,2	2,2
	Muito	12	8,9	8,9	11,1
	Nada	43	31,9	31,9	43,0
	Um Pouco	51	37,8	37,8	80,7
	Um tanto	26	19,3	19,3	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

**Taref\_Domest**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Bastante	14	10,4	10,4	10,4
	Muito	24	17,8	17,8	28,1
	Nada	27	20,0	20,0	48,1
	Um Pouco	46	34,1	34,1	82,2
	Um tanto	24	17,8	17,8	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

#### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
END_T0	135	0	10	4,93	2,507
QBPDS_T0	135	3	80	31,50	17,847
Valid N (listwise)	135				

**Apêndice I – Output do SPSS relativo à evolução dos *outcomes* no período  
de tratamento e *follow-up***

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
END_T0	135	0	10	4,93	2,507
END_T1	131	0	10	4,49	2,237
END_T2	124	0	10	4,13	2,270
END_T3	121	0	10	3,98	2,288
END_T4	116	0	10	3,56	2,323
END_T5	111	0	10	3,47	2,008
END_T6	106	0	10	3,03	2,175
END_T7	104	0	10	2,97	2,419
END_T8	105	0	10	3,69	2,806
Valid N (listwise)	80				

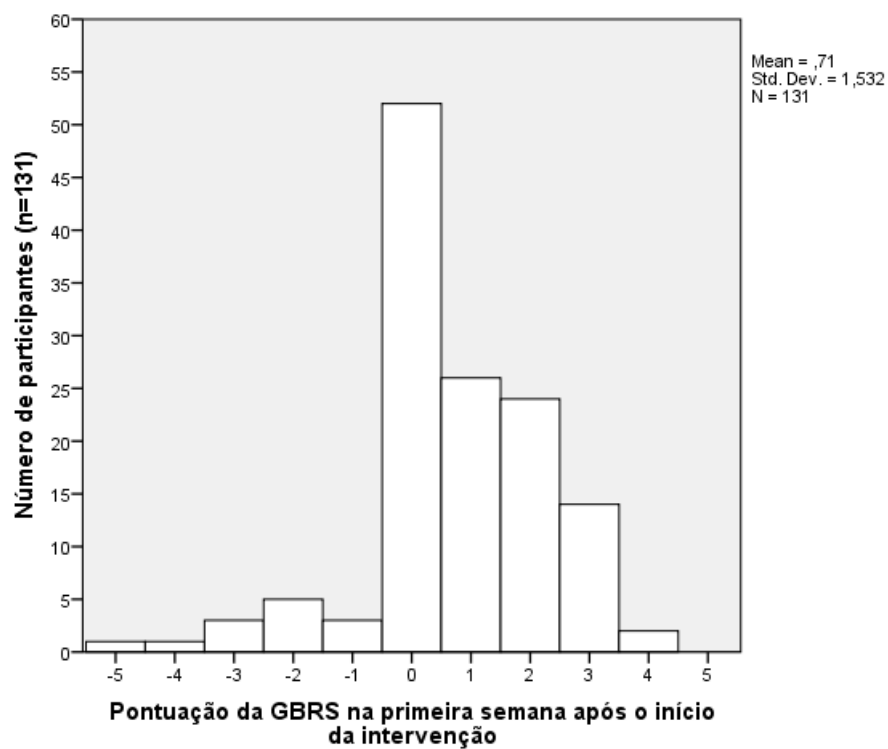
### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
QBPDS_T0	135	3	80	31,50	17,847
QBPDS_T1	131	0	76	30,56	16,978
QBPDS_T2	124	0	78	28,65	16,988
QBPDS_T3	121	1	92	26,67	18,113
QBPDS_T4	116	0	89	24,18	16,365
QBPDS_T5	111	0	93	23,62	17,329
QBPDS_T6	105	0	94	22,43	17,065
QBPDS_T7	104	0	94	21,83	17,131
QBPDS_T8	105	0	86	25,49	17,715
Valid N (listwise)	80				

### GBRS\_T1

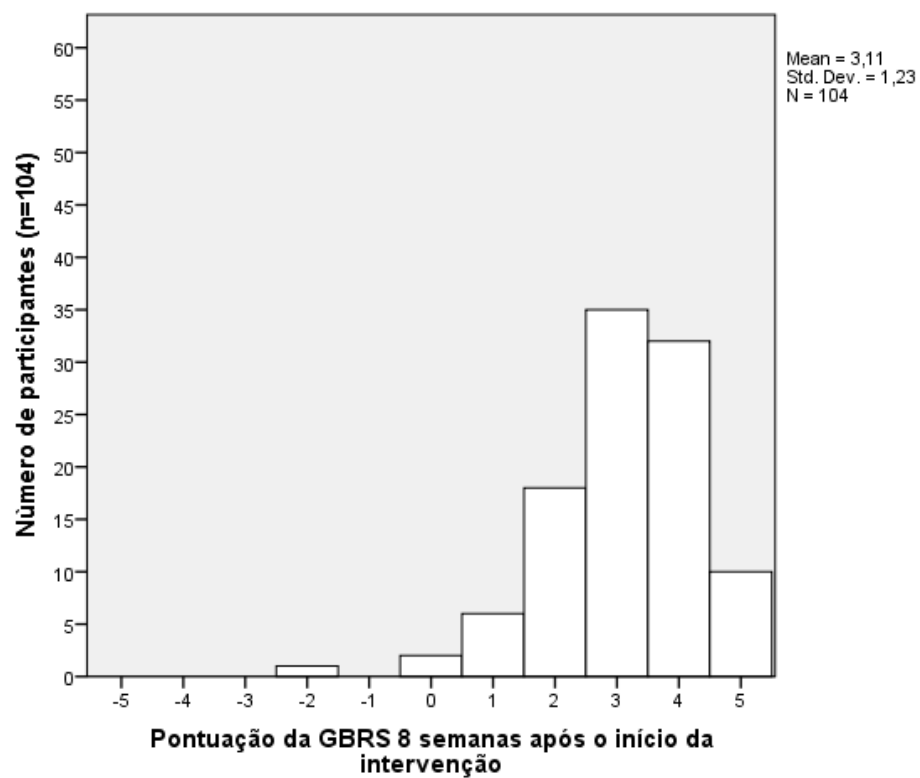
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-5	1	,7	,8	,8
	-4	1	,7	,8	1,5
	-3	3	2,2	2,3	3,8
	-2	5	3,7	3,8	7,6
	-1	3	2,2	2,3	9,9
	0	52	38,5	39,7	49,6
	1	26	19,3	19,8	69,5
	2	24	17,8	18,3	87,8
	3	14	10,4	10,7	98,5
	4	2	1,5	1,5	100,0
	Total	131	97,0	100,0	
Missing	System	4	3,0		
Total		135	100,0		





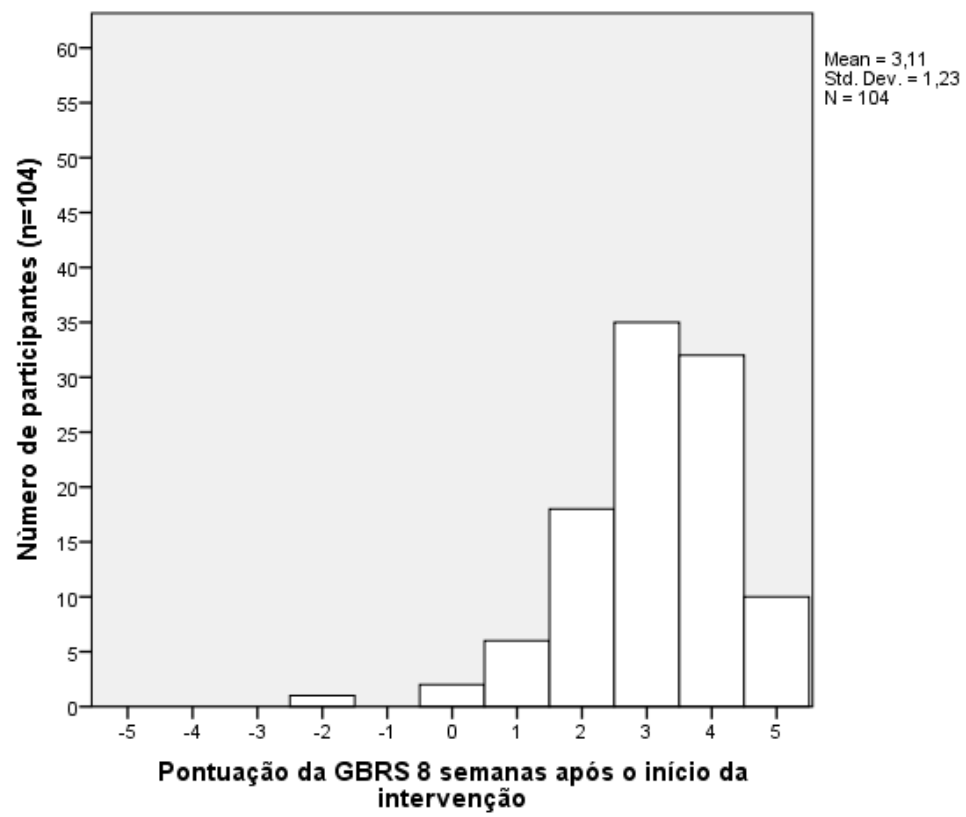
GBRS\_T7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-2	1	,7	1,0	1,0
	0	2	1,5	1,9	2,9
	1	6	4,4	5,8	8,7
	2	18	13,3	17,3	26,0
	3	35	25,9	33,7	59,6
	4	32	23,7	30,8	90,4
	5	10	7,4	9,6	100,0
Total		104	77,0	100,0	
Missing	System	31	23,0		
Total		135	100,0		



**GBRS\_T8**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-5	2	1,5	1,9	1,9
	-2	4	3,0	3,8	5,7
	0	6	4,4	5,7	11,4
	1	9	6,7	8,6	20,0
	2	17	12,6	16,2	36,2
	3	29	21,5	27,6	63,8
	4	29	21,5	27,6	91,4
	5	9	6,7	8,6	100,0
	Total	105	77,8	100,0	
Missing	System	30	22,2		
Total		135	100,0		



**Apêndice J – *Output* do SPSS relativo ao curso da resposta ao tratamento  
com o critério da DMCI num primeiro momento de avaliação**

## Kaplan-Meier DMCI da END num primeiro momento de avaliação

Case Processing Summary

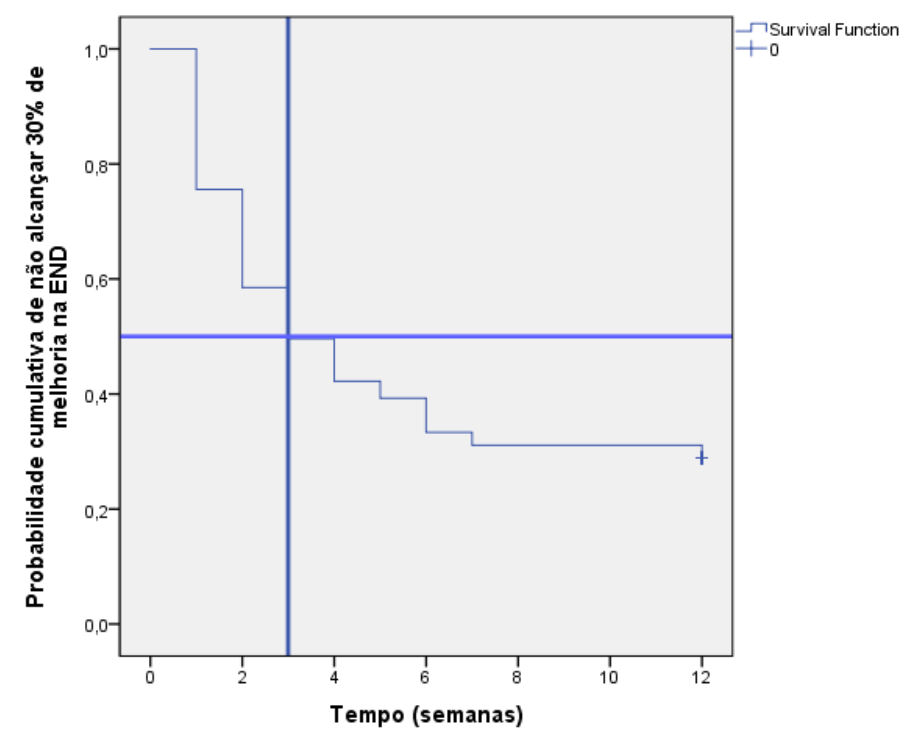
Total N	N of Events	Censored	
		N	Percent
135	96	39	28,9%

Survival Table

	Time	Status	Cumulative Proportion Surviving at the Time		N of Cumulative Events	N of Remaining Cases
			Estimate	Std. Error		
1	1,000	1	.	.	1	134
2	1,000	1	.	.	2	133
3	1,000	1	.	.	3	132
4	1,000	1	.	.	4	131
5	1,000	1	.	.	5	130
6	1,000	1	.	.	6	129
7	1,000	1	.	.	7	128
8	1,000	1	.	.	8	127
9	1,000	1	.	.	9	126
10	1,000	1	.	.	10	125
11	1,000	1	.	.	11	124
12	1,000	1	.	.	12	123
13	1,000	1	.	.	13	122
14	1,000	1	.	.	14	121
15	1,000	1	.	.	15	120
16	1,000	1	.	.	16	119
17	1,000	1	.	.	17	118
18	1,000	1	.	.	18	117
19	1,000	1	.	.	19	116
20	1,000	1	.	.	20	115
21	1,000	1	.	.	21	114
22	1,000	1	.	.	22	113
23	1,000	1	.	.	23	112
24	1,000	1	.	.	24	111
25	1,000	1	.	.	25	110
26	1,000	1	.	.	26	109
27	1,000	1	.	.	27	108
28	1,000	1	.	.	28	107
29	1,000	1	.	.	29	106
30	1,000	1	.	.	30	105
31	1,000	1	.	.	31	104
32	1,000	1	.	.	32	103
33	1,000	1	,756	,037	33	102
34	2,000	1	.	.	34	101
35	2,000	1	.	.	35	100
36	2,000	1	.	.	36	99
37	2,000	1	.	.	37	98
38	2,000	1	.	.	38	97
39	2,000	1	.	.	39	96
40	2,000	1	.	.	40	95
41	2,000	1	.	.	41	94
42	2,000	1	.	.	42	93
43	2,000	1	.	.	43	92
44	2,000	1	.	.	44	91
45	2,000	1	.	.	45	90
46	2,000	1	.	.	46	89
47	2,000	1	.	.	47	88
48	2,000	1	.	.	48	87
49	2,000	1	.	.	49	86
50	2,000	1	.	.	50	85
51	2,000	1	.	.	51	84
52	2,000	1	.	.	52	83
53	2,000	1	.	.	53	82
54	2,000	1	.	.	54	81
55	2,000	1	.	.	55	80
56	2,000	1	,585	,042	56	79

57	3,000	1	.	.	57	78
58	3,000	1	.	.	58	77
59	3,000	1	.	.	59	76
60	3,000	1	.	.	60	75
61	3,000	1	.	.	61	74
62	3,000	1	.	.	62	73
63	3,000	1	.	.	63	72
64	3,000	1	.	.	64	71
65	3,000	1	.	.	65	70
66	3,000	1	.	.	66	69
67	3,000	1	.	.	67	68
68	3,000	1	,496	,043	68	67
69	4,000	1	.	.	69	66
70	4,000	1	.	.	70	65
71	4,000	1	.	.	71	64
72	4,000	1	.	.	72	63
73	4,000	1	.	.	73	62
74	4,000	1	.	.	74	61
75	4,000	1	.	.	75	60
76	4,000	1	.	.	76	59
77	4,000	1	.	.	77	58
78	4,000	1	,422	,043	78	57
79	5,000	1	.	.	79	56
80	5,000	1	.	.	80	55
81	5,000	1	.	.	81	54
82	5,000	1	,393	,042	82	53
83	6,000	1	.	.	83	52
84	6,000	1	.	.	84	51
85	6,000	1	.	.	85	50
86	6,000	1	.	.	86	49
87	6,000	1	.	.	87	48
88	6,000	1	.	.	88	47
89	6,000	1	.	.	89	46
90	6,000	1	,333	,041	90	45
91	7,000	1	.	.	91	44
92	7,000	1	.	.	92	43
93	7,000	1	,311	,040	93	42
94	12,000	1	.	.	94	41
95	12,000	1	.	.	95	40
96	12,000	1	,289	,039	96	39
97	12,000	0	.	.	96	38
98	12,000	0	.	.	96	37
99	12,000	0	.	.	96	36
100	12,000	0	.	.	96	35
101	12,000	0	.	.	96	34
102	12,000	0	.	.	96	33
103	12,000	0	.	.	96	32
104	12,000	0	.	.	96	31
105	12,000	0	.	.	96	30
106	12,000	0	.	.	96	29
107	12,000	0	.	.	96	28
108	12,000	0	.	.	96	27
109	12,000	0	.	.	96	26
110	12,000	0	.	.	96	25
111	12,000	0	.	.	96	24
112	12,000	0	.	.	96	23
113	12,000	0	.	.	96	22
114	12,000	0	.	.	96	21
115	12,000	0	.	.	96	20
116	12,000	0	.	.	96	19
117	12,000	0	.	.	96	18
118	12,000	0	.	.	96	17
119	12,000	0	.	.	96	16
120	12,000	0	.	.	96	15
121	12,000	0	.	.	96	14
122	12,000	0	.	.	96	13
123	12,000	0	.	.	96	12
124	12,000	0	.	.	96	11
125	12,000	0	.	.	96	10
126	12,000	0	.	.	96	9

127	12,000	0	.	.	96	8
128	12,000	0	.	.	96	7
129	12,000	0	.	.	96	6
130	12,000	0	.	.	96	5
131	12,000	0	.	.	96	4
132	12,000	0	.	.	96	3
133	12,000	0	.	.	96	2
134	12,000	0	.	.	96	1
135	12,000	0	.	.	96	0



**Kaplan-Meier – DMCI da QBPDS num primeiro momento de avaliação**

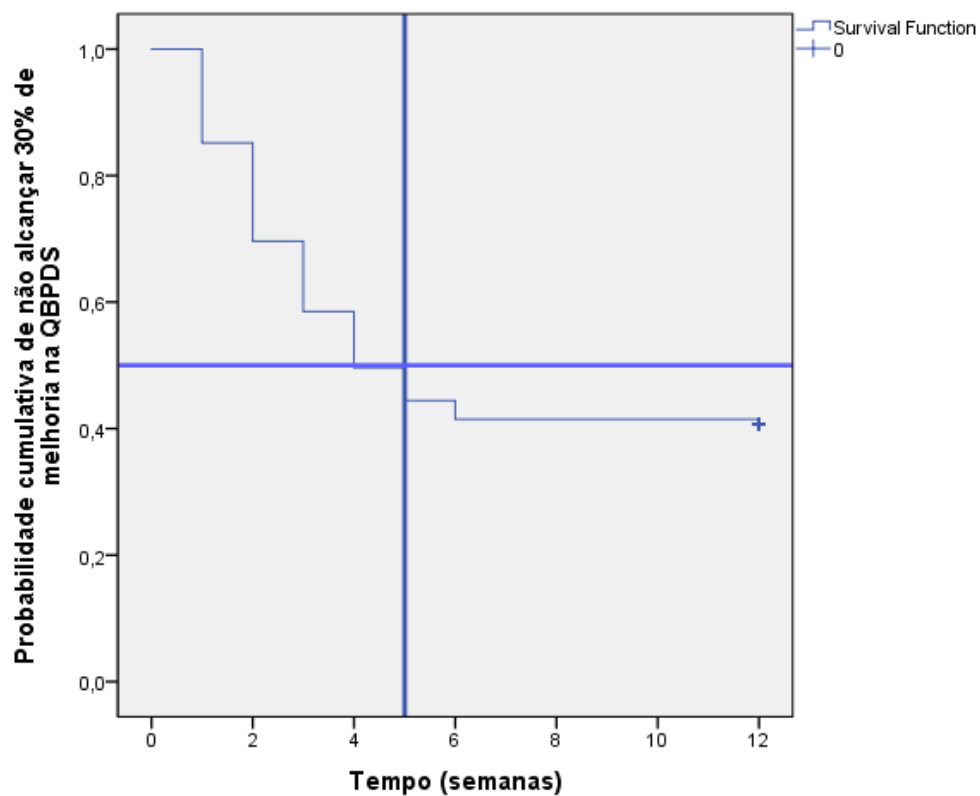
Case Processing Summary			
Total N	N of Events	Censored	
		N	Percent
135	80	55	40,7%

Survival Table						
	Time	Status	Cumulative Proportion Surviving at the Time		N of Cumulative Events	N of Remaining Cases
			Estimate	Std. Error		
1	1,000	1	.	.	1	134
2	1,000	1	.	.	2	133
3	1,000	1	.	.	3	132
4	1,000	1	.	.	4	131
5	1,000	1	.	.	5	130
6	1,000	1	.	.	6	129
7	1,000	1	.	.	7	128
8	1,000	1	.	.	8	127
9	1,000	1	.	.	9	126
10	1,000	1	.	.	10	125
11	1,000	1	.	.	11	124
12	1,000	1	.	.	12	123

13	1,000	1	.	.	13	122
14	1,000	1	.	.	14	121
15	1,000	1	.	.	15	120
16	1,000	1	.	.	16	119
17	1,000	1	.	.	17	118
18	1,000	1	.	.	18	117
19	1,000	1	.	.	19	116
20	1,000	1	,852	,031	20	115
21	2,000	1	.	.	21	114
22	2,000	1	.	.	22	113
23	2,000	1	.	.	23	112
24	2,000	1	.	.	24	111
25	2,000	1	.	.	25	110
26	2,000	1	.	.	26	109
27	2,000	1	.	.	27	108
28	2,000	1	.	.	28	107
29	2,000	1	.	.	29	106
30	2,000	1	.	.	30	105
31	2,000	1	.	.	31	104
32	2,000	1	.	.	32	103
33	2,000	1	.	.	33	102
34	2,000	1	.	.	34	101
35	2,000	1	.	.	35	100
36	2,000	1	.	.	36	99
37	2,000	1	.	.	37	98
38	2,000	1	.	.	38	97
39	2,000	1	.	.	39	96
40	2,000	1	.	.	40	95
41	2,000	1	,696	,040	41	94
42	3,000	1	.	.	42	93
43	3,000	1	.	.	43	92
44	3,000	1	.	.	44	91
45	3,000	1	.	.	45	90
46	3,000	1	.	.	46	89
47	3,000	1	.	.	47	88
48	3,000	1	.	.	48	87
49	3,000	1	.	.	49	86
50	3,000	1	.	.	50	85
51	3,000	1	.	.	51	84
52	3,000	1	.	.	52	83
53	3,000	1	.	.	53	82
54	3,000	1	.	.	54	81
55	3,000	1	.	.	55	80
56	3,000	1	,585	,042	56	79
57	4,000	1	.	.	57	78
58	4,000	1	.	.	58	77
59	4,000	1	.	.	59	76
60	4,000	1	.	.	60	75
61	4,000	1	.	.	61	74
62	4,000	1	.	.	62	73
63	4,000	1	.	.	63	72
64	4,000	1	.	.	64	71
65	4,000	1	.	.	65	70
66	4,000	1	.	.	66	69
67	4,000	1	.	.	67	68
68	4,000	1	,496	,043	68	67
69	5,000	1	.	.	69	66
70	5,000	1	.	.	70	65
71	5,000	1	.	.	71	64
72	5,000	1	.	.	72	63
73	5,000	1	.	.	73	62
74	5,000	1	.	.	74	61
75	5,000	1	,444	,043	75	60
76	6,000	1	.	.	76	59
77	6,000	1	.	.	77	58
78	6,000	1	.	.	78	57
79	6,000	1	,415	,042	79	56
80	12,000	1	,407	,042	80	55
81	12,000	0	.	.	80	54
82	12,000	0	.	.	80	53



83	12,000	0	.	.	80	52
84	12,000	0	.	.	80	51
85	12,000	0	.	.	80	50
86	12,000	0	.	.	80	49
87	12,000	0	.	.	80	48
88	12,000	0	.	.	80	47
89	12,000	0	.	.	80	46
90	12,000	0	.	.	80	45
91	12,000	0	.	.	80	44
92	12,000	0	.	.	80	43
93	12,000	0	.	.	80	42
94	12,000	0	.	.	80	41
95	12,000	0	.	.	80	40
96	12,000	0	.	.	80	39
97	12,000	0	.	.	80	38
98	12,000	0	.	.	80	37
99	12,000	0	.	.	80	36
100	12,000	0	.	.	80	35
101	12,000	0	.	.	80	34
102	12,000	0	.	.	80	33
103	12,000	0	.	.	80	32
104	12,000	0	.	.	80	31
105	12,000	0	.	.	80	30
106	12,000	0	.	.	80	29
107	12,000	0	.	.	80	28
108	12,000	0	.	.	80	27
109	12,000	0	.	.	80	26
110	12,000	0	.	.	80	25
111	12,000	0	.	.	80	24
112	12,000	0	.	.	80	23
113	12,000	0	.	.	80	22
114	12,000	0	.	.	80	21
115	12,000	0	.	.	80	20
116	12,000	0	.	.	80	19
117	12,000	0	.	.	80	18
118	12,000	0	.	.	80	17
119	12,000	0	.	.	80	16
120	12,000	0	.	.	80	15
121	12,000	0	.	.	80	14
122	12,000	0	.	.	80	13
123	12,000	0	.	.	80	12
124	12,000	0	.	.	80	11
125	12,000	0	.	.	80	10
126	12,000	0	.	.	80	9
127	12,000	0	.	.	80	8
128	12,000	0	.	.	80	7
129	12,000	0	.	.	80	6
130	12,000	0	.	.	80	5
131	12,000	0	.	.	80	4
132	12,000	0	.	.	80	3
133	12,000	0	.	.	80	2
134	12,000	0	.	.	80	1
135	12,000	0	.	.	80	0



## Kaplan-Meier DMCI da GBRs num primeiro momento de avaliação

Case Processing Summary

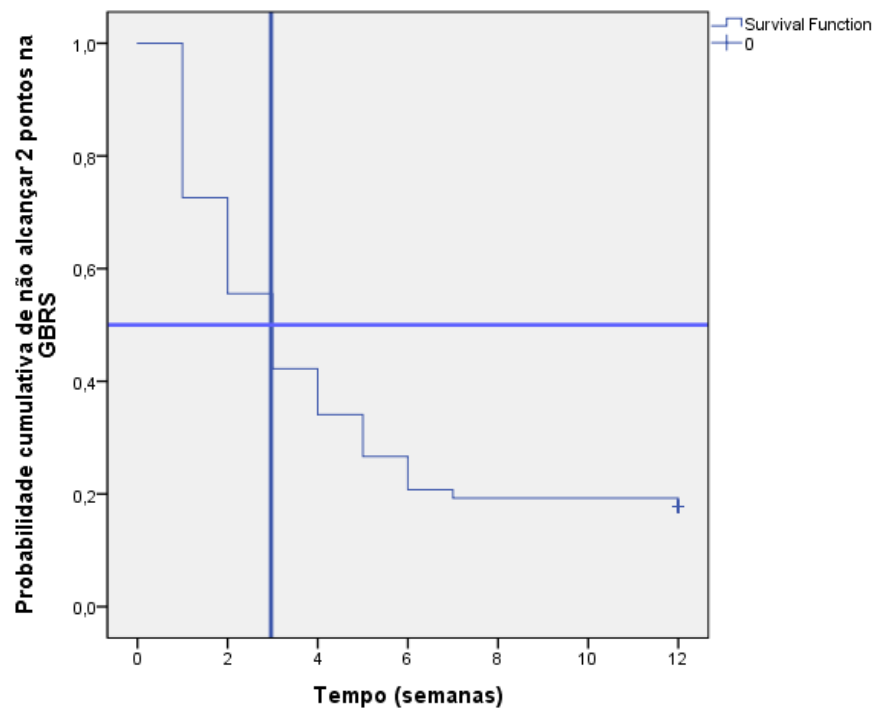
Total N	N of Events	Censored	
		N	Percent
135	111	24	17,8%

Survival Table

	Time	Status	Cumulative Proportion Surviving at the Time		N of Cumulative Events	N of Remaining Cases
			Estimate	Std. Error		
1	1,000	1	.	.	1	134
2	1,000	1	.	.	2	133
3	1,000	1	.	.	3	132
4	1,000	1	.	.	4	131
5	1,000	1	.	.	5	130
6	1,000	1	.	.	6	129
7	1,000	1	.	.	7	128
8	1,000	1	.	.	8	127
9	1,000	1	.	.	9	126
10	1,000	1	.	.	10	125
11	1,000	1	.	.	11	124
12	1,000	1	.	.	12	123
13	1,000	1	.	.	13	122
14	1,000	1	.	.	14	121
15	1,000	1	.	.	15	120
16	1,000	1	.	.	16	119
17	1,000	1	.	.	17	118
18	1,000	1	.	.	18	117
19	1,000	1	.	.	19	116
20	1,000	1	.	.	20	115

21	1,000	1	.	.	21	114
22	1,000	1	.	.	22	113
23	1,000	1	.	.	23	112
24	1,000	1	.	.	24	111
25	1,000	1	.	.	25	110
26	1,000	1	.	.	26	109
27	1,000	1	.	.	27	108
28	1,000	1	.	.	28	107
29	1,000	1	.	.	29	106
30	1,000	1	.	.	30	105
31	1,000	1	.	.	31	104
32	1,000	1	.	.	32	103
33	1,000	1	.	.	33	102
34	1,000	1	.	.	34	101
35	1,000	1	.	.	35	100
36	1,000	1	.	.	36	99
37	1,000	1	,726	,038	37	98
38	2,000	1	.	.	38	97
39	2,000	1	.	.	39	96
40	2,000	1	.	.	40	95
41	2,000	1	.	.	41	94
42	2,000	1	.	.	42	93
43	2,000	1	.	.	43	92
44	2,000	1	.	.	44	91
45	2,000	1	.	.	45	90
46	2,000	1	.	.	46	89
47	2,000	1	.	.	47	88
48	2,000	1	.	.	48	87
49	2,000	1	.	.	49	86
50	2,000	1	.	.	50	85
51	2,000	1	.	.	51	84
52	2,000	1	.	.	52	83
53	2,000	1	.	.	53	82
54	2,000	1	.	.	54	81
55	2,000	1	.	.	55	80
56	2,000	1	.	.	56	79
57	2,000	1	.	.	57	78
58	2,000	1	.	.	58	77
59	2,000	1	.	.	59	76
60	2,000	1	,556	,043	60	75
61	3,000	1	.	.	61	74
62	3,000	1	.	.	62	73
63	3,000	1	.	.	63	72
64	3,000	1	.	.	64	71
65	3,000	1	.	.	65	70
66	3,000	1	.	.	66	69
67	3,000	1	.	.	67	68
68	3,000	1	.	.	68	67
69	3,000	1	.	.	69	66
70	3,000	1	.	.	70	65
71	3,000	1	.	.	71	64
72	3,000	1	.	.	72	63
73	3,000	1	.	.	73	62
74	3,000	1	.	.	74	61
75	3,000	1	.	.	75	60
76	3,000	1	.	.	76	59
77	3,000	1	.	.	77	58
78	3,000	1	,422	,043	78	57
79	4,000	1	.	.	79	56
80	4,000	1	.	.	80	55
81	4,000	1	.	.	81	54
82	4,000	1	.	.	82	53
83	4,000	1	.	.	83	52
84	4,000	1	.	.	84	51
85	4,000	1	.	.	85	50
86	4,000	1	.	.	86	49
87	4,000	1	.	.	87	48
88	4,000	1	.	.	88	47
89	4,000	1	,341	,041	89	46
90	5,000	1	.	.	90	45

91	5,000	1	.	.	91	44
92	5,000	1	.	.	92	43
93	5,000	1	.	.	93	42
94	5,000	1	.	.	94	41
95	5,000	1	.	.	95	40
96	5,000	1	.	.	96	39
97	5,000	1	.	.	97	38
98	5,000	1	.	.	98	37
99	5,000	1	,267	,038	99	36
100	6,000	1	.	.	100	35
101	6,000	1	.	.	101	34
102	6,000	1	.	.	102	33
103	6,000	1	.	.	103	32
104	6,000	1	.	.	104	31
105	6,000	1	.	.	105	30
106	6,000	1	.	.	106	29
107	6,000	1	,207	,035	107	28
108	7,000	1	.	.	108	27
109	7,000	1	,193	,034	109	26
110	12,000	1	.	.	110	25
111	12,000	1	,178	,033	111	24
112	12,000	0	.	.	111	23
113	12,000	0	.	.	111	22
114	12,000	0	.	.	111	21
115	12,000	0	.	.	111	20
116	12,000	0	.	.	111	19
117	12,000	0	.	.	111	18
118	12,000	0	.	.	111	17
119	12,000	0	.	.	111	16
120	12,000	0	.	.	111	15
121	12,000	0	.	.	111	14
122	12,000	0	.	.	111	13
123	12,000	0	.	.	111	12
124	12,000	0	.	.	111	11
125	12,000	0	.	.	111	10
126	12,000	0	.	.	111	9
127	12,000	0	.	.	111	8
128	12,000	0	.	.	111	7
129	12,000	0	.	.	111	6
130	12,000	0	.	.	111	5
131	12,000	0	.	.	111	4
132	12,000	0	.	.	111	3
133	12,000	0	.	.	111	2
134	12,000	0	.	.	111	1
135	12,000	0	.	.	111	0



**Apêndice L – *Output* do SPSS relativo ao curso da resposta ao tratamento  
com o critério da DMCI em 2 momentos de avaliação consecutivos e no  
*follow-up* de 3 meses**

# Kaplan-Meier DMCI da END em 2 momentos de avaliação consecutivos e no *follow-up* de 3 meses

Case Processing Summary

Total N	N of Events	Censored	
		N	Percent
135	41	94	69,6%

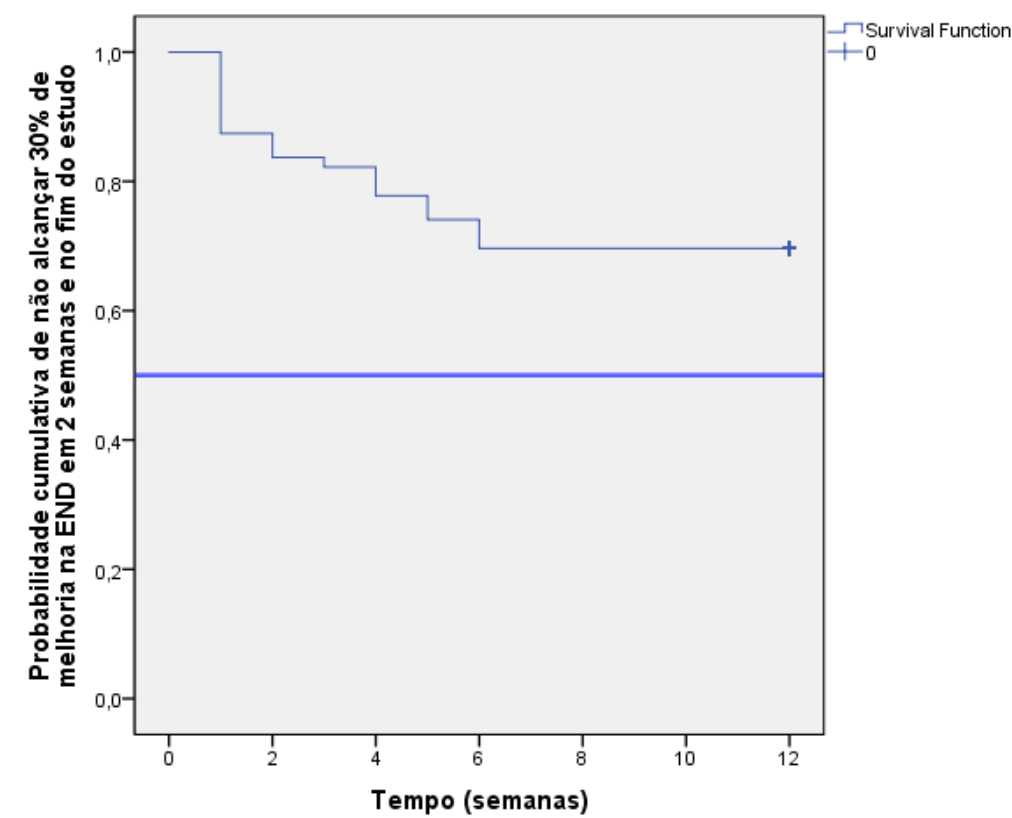
Survival Table

	Time	Status	Cumulative Proportion Surviving at the Time		N of Cumulative Events	N of Remaining Cases
			Estimate	Std. Error		
1	1,000	1	.	.	1	134
2	1,000	1	.	.	2	133
3	1,000	1	.	.	3	132
4	1,000	1	.	.	4	131
5	1,000	1	.	.	5	130
6	1,000	1	.	.	6	129
7	1,000	1	.	.	7	128
8	1,000	1	.	.	8	127
9	1,000	1	.	.	9	126
10	1,000	1	.	.	10	125
11	1,000	1	.	.	11	124
12	1,000	1	.	.	12	123
13	1,000	1	.	.	13	122
14	1,000	1	.	.	14	121
15	1,000	1	.	.	15	120
16	1,000	1	.	.	16	119
17	1,000	1	,874	,029	17	118
18	2,000	1	.	.	18	117
19	2,000	1	.	.	19	116
20	2,000	1	.	.	20	115
21	2,000	1	.	.	21	114
22	2,000	1	,837	,032	22	113
23	3,000	1	.	.	23	112
24	3,000	1	,822	,033	24	111
25	4,000	1	.	.	25	110
26	4,000	1	.	.	26	109
27	4,000	1	.	.	27	108
28	4,000	1	.	.	28	107
29	4,000	1	.	.	29	106
30	4,000	1	,778	,036	30	105
31	5,000	1	.	.	31	104
32	5,000	1	.	.	32	103
33	5,000	1	.	.	33	102
34	5,000	1	.	.	34	101
35	5,000	1	,741	,038	35	100
36	6,000	1	.	.	36	99
37	6,000	1	.	.	37	98
38	6,000	1	.	.	38	97
39	6,000	1	.	.	39	96
40	6,000	1	.	.	40	95
41	6,000	1	,696	,040	41	94
42	12,000	0	.	.	41	93
43	12,000	0	.	.	41	92
44	12,000	0	.	.	41	91
45	12,000	0	.	.	41	90
46	12,000	0	.	.	41	89
47	12,000	0	.	.	41	88
48	12,000	0	.	.	41	87
49	12,000	0	.	.	41	86
50	12,000	0	.	.	41	85
51	12,000	0	.	.	41	84
52	12,000	0	.	.	41	83
53	12,000	0	.	.	41	82
54	12,000	0	.	.	41	81

55	12,000	0	.	.	41	80
56	12,000	0	.	.	41	79
57	12,000	0	.	.	41	78
58	12,000	0	.	.	41	77
59	12,000	0	.	.	41	76
60	12,000	0	.	.	41	75
61	12,000	0	.	.	41	74
62	12,000	0	.	.	41	73
63	12,000	0	.	.	41	72
64	12,000	0	.	.	41	71
65	12,000	0	.	.	41	70
66	12,000	0	.	.	41	69
67	12,000	0	.	.	41	68
68	12,000	0	.	.	41	67
69	12,000	0	.	.	41	66
70	12,000	0	.	.	41	65
71	12,000	0	.	.	41	64
72	12,000	0	.	.	41	63
73	12,000	0	.	.	41	62
74	12,000	0	.	.	41	61
75	12,000	0	.	.	41	60
76	12,000	0	.	.	41	59
77	12,000	0	.	.	41	58
78	12,000	0	.	.	41	57
79	12,000	0	.	.	41	56
80	12,000	0	.	.	41	55
81	12,000	0	.	.	41	54
82	12,000	0	.	.	41	53
83	12,000	0	.	.	41	52
84	12,000	0	.	.	41	51
85	12,000	0	.	.	41	50
86	12,000	0	.	.	41	49
87	12,000	0	.	.	41	48
88	12,000	0	.	.	41	47
89	12,000	0	.	.	41	46
90	12,000	0	.	.	41	45
91	12,000	0	.	.	41	44
92	12,000	0	.	.	41	43
93	12,000	0	.	.	41	42
94	12,000	0	.	.	41	41
95	12,000	0	.	.	41	40
96	12,000	0	.	.	41	39
97	12,000	0	.	.	41	38
98	12,000	0	.	.	41	37
99	12,000	0	.	.	41	36
100	12,000	0	.	.	41	35
101	12,000	0	.	.	41	34
102	12,000	0	.	.	41	33
103	12,000	0	.	.	41	32
104	12,000	0	.	.	41	31
105	12,000	0	.	.	41	30
106	12,000	0	.	.	41	29
107	12,000	0	.	.	41	28
108	12,000	0	.	.	41	27
109	12,000	0	.	.	41	26
110	12,000	0	.	.	41	25
111	12,000	0	.	.	41	24
112	12,000	0	.	.	41	23
113	12,000	0	.	.	41	22
114	12,000	0	.	.	41	21
115	12,000	0	.	.	41	20
116	12,000	0	.	.	41	19
117	12,000	0	.	.	41	18
118	12,000	0	.	.	41	17
119	12,000	0	.	.	41	16
120	12,000	0	.	.	41	15
121	12,000	0	.	.	41	14
122	12,000	0	.	.	41	13
123	12,000	0	.	.	41	12
124	12,000	0	.	.	41	11



125	12,000	0	.	.	41	10
126	12,000	0	.	.	41	9
127	12,000	0	.	.	41	8
128	12,000	0	.	.	41	7
129	12,000	0	.	.	41	6
130	12,000	0	.	.	41	5
131	12,000	0	.	.	41	4
132	12,000	0	.	.	41	3
133	12,000	0	.	.	41	2
134	12,000	0	.	.	41	1
135	12,000	0	.	.	41	0



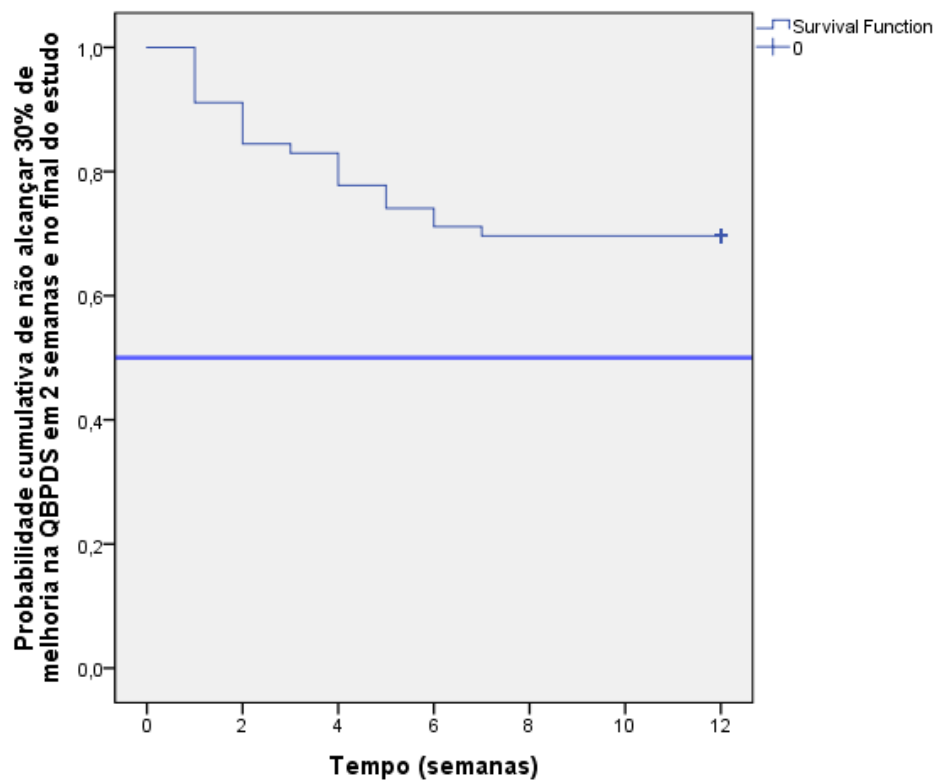
**Kaplan-Meier DMCI da QBPDS em 2 momentos de avaliação consecutivos e no *follow-up* de 3 meses**

Case Processing Summary			
Total N	N of Events	Censored	
		N	Percent
135	41	94	69,6%

Survival Table						
	Time	Status	Cumulative Proportion Surviving at the Time		N of Cumulative Events	N of Remaining Cases
			Estimate	Std. Error		
1	1,000	1	.	.	1	134
2	1,000	1	.	.	2	133
3	1,000	1	.	.	3	132
4	1,000	1	.	.	4	131
5	1,000	1	.	.	5	130
6	1,000	1	.	.	6	129
7	1,000	1	.	.	7	128
8	1,000	1	.	.	8	127

9	1,000	1	.	.	9	126
10	1,000	1	.	.	10	125
11	1,000	1	.	.	11	124
12	1,000	1	,911	,024	12	123
13	2,000	1	.	.	13	122
14	2,000	1	.	.	14	121
15	2,000	1	.	.	15	120
16	2,000	1	.	.	16	119
17	2,000	1	.	.	17	118
18	2,000	1	.	.	18	117
19	2,000	1	.	.	19	116
20	2,000	1	.	.	20	115
21	2,000	1	,844	,031	21	114
22	3,000	1	.	.	22	113
23	3,000	1	,830	,032	23	112
24	4,000	1	.	.	24	111
25	4,000	1	.	.	25	110
26	4,000	1	.	.	26	109
27	4,000	1	.	.	27	108
28	4,000	1	.	.	28	107
29	4,000	1	.	.	29	106
30	4,000	1	,778	,036	30	105
31	5,000	1	.	.	31	104
32	5,000	1	.	.	32	103
33	5,000	1	.	.	33	102
34	5,000	1	.	.	34	101
35	5,000	1	,741	,038	35	100
36	6,000	1	.	.	36	99
37	6,000	1	.	.	37	98
38	6,000	1	.	.	38	97
39	6,000	1	,711	,039	39	96
40	7,000	1	.	.	40	95
41	7,000	1	,696	,040	41	94
42	12,000	0	.	.	41	93
43	12,000	0	.	.	41	92
44	12,000	0	.	.	41	91
45	12,000	0	.	.	41	90
46	12,000	0	.	.	41	89
47	12,000	0	.	.	41	88
48	12,000	0	.	.	41	87
49	12,000	0	.	.	41	86
50	12,000	0	.	.	41	85
51	12,000	0	.	.	41	84
52	12,000	0	.	.	41	83
53	12,000	0	.	.	41	82
54	12,000	0	.	.	41	81
55	12,000	0	.	.	41	80
56	12,000	0	.	.	41	79
57	12,000	0	.	.	41	78
58	12,000	0	.	.	41	77
59	12,000	0	.	.	41	76
60	12,000	0	.	.	41	75
61	12,000	0	.	.	41	74
62	12,000	0	.	.	41	73
63	12,000	0	.	.	41	72
64	12,000	0	.	.	41	71
65	12,000	0	.	.	41	70
66	12,000	0	.	.	41	69
67	12,000	0	.	.	41	68
68	12,000	0	.	.	41	67
69	12,000	0	.	.	41	66
70	12,000	0	.	.	41	65
71	12,000	0	.	.	41	64
72	12,000	0	.	.	41	63
73	12,000	0	.	.	41	62
74	12,000	0	.	.	41	61
75	12,000	0	.	.	41	60
76	12,000	0	.	.	41	59
77	12,000	0	.	.	41	58
78	12,000	0	.	.	41	57

79	12,000	0	.	.	41	56
80	12,000	0	.	.	41	55
81	12,000	0	.	.	41	54
82	12,000	0	.	.	41	53
83	12,000	0	.	.	41	52
84	12,000	0	.	.	41	51
85	12,000	0	.	.	41	50
86	12,000	0	.	.	41	49
87	12,000	0	.	.	41	48
88	12,000	0	.	.	41	47
89	12,000	0	.	.	41	46
90	12,000	0	.	.	41	45
91	12,000	0	.	.	41	44
92	12,000	0	.	.	41	43
93	12,000	0	.	.	41	42
94	12,000	0	.	.	41	41
95	12,000	0	.	.	41	40
96	12,000	0	.	.	41	39
97	12,000	0	.	.	41	38
98	12,000	0	.	.	41	37
99	12,000	0	.	.	41	36
100	12,000	0	.	.	41	35
101	12,000	0	.	.	41	34
102	12,000	0	.	.	41	33
103	12,000	0	.	.	41	32
104	12,000	0	.	.	41	31
105	12,000	0	.	.	41	30
106	12,000	0	.	.	41	29
107	12,000	0	.	.	41	28
108	12,000	0	.	.	41	27
109	12,000	0	.	.	41	26
110	12,000	0	.	.	41	25
111	12,000	0	.	.	41	24
112	12,000	0	.	.	41	23
113	12,000	0	.	.	41	22
114	12,000	0	.	.	41	21
115	12,000	0	.	.	41	20
116	12,000	0	.	.	41	19
117	12,000	0	.	.	41	18
118	12,000	0	.	.	41	17
119	12,000	0	.	.	41	16
120	12,000	0	.	.	41	15
121	12,000	0	.	.	41	14
122	12,000	0	.	.	41	13
123	12,000	0	.	.	41	12
124	12,000	0	.	.	41	11
125	12,000	0	.	.	41	10
126	12,000	0	.	.	41	9
127	12,000	0	.	.	41	8
128	12,000	0	.	.	41	7
129	12,000	0	.	.	41	6
130	12,000	0	.	.	41	5
131	12,000	0	.	.	41	4
132	12,000	0	.	.	41	3
133	12,000	0	.	.	41	2
134	12,000	0	.	.	41	1
135	12,000	0	.	.	41	0



### Kaplan-Meier DMCI da GBRs em 2 momentos de avaliação consecutivos e no *follow-up* de 3 meses

Case Processing Summary

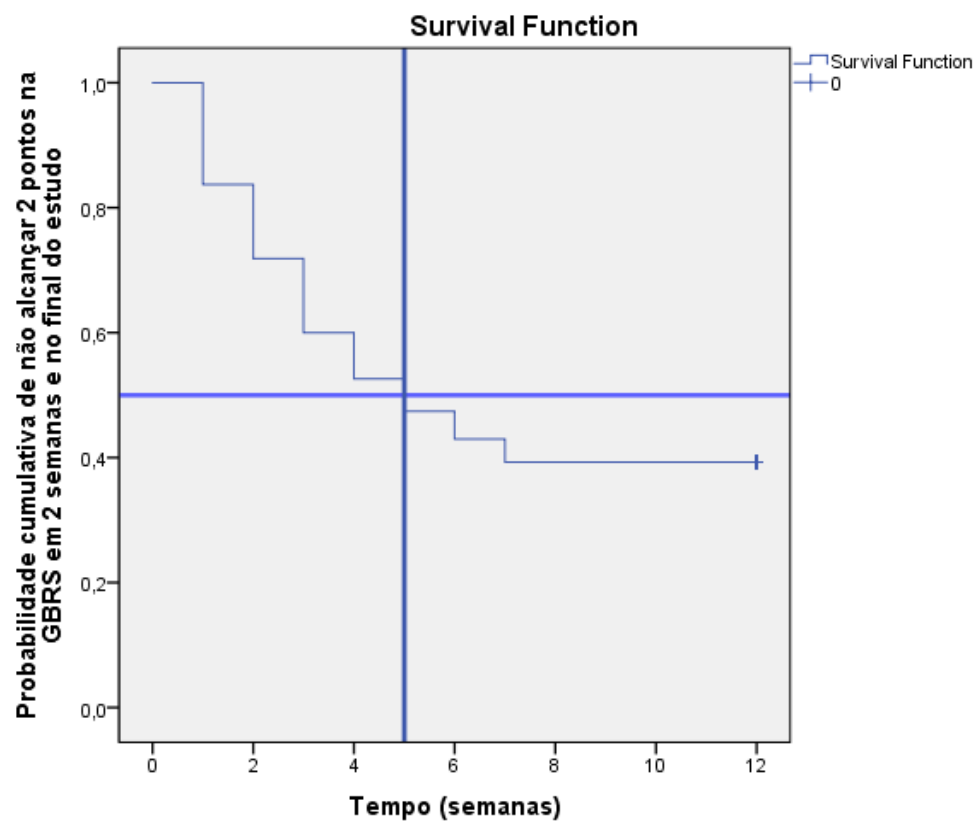
Total N	N of Events	Censored	
		N	Percent
135	82	53	39,3%

Survival Table

	Time	Status	Cumulative Proportion Surviving at the Time		N of Cumulative Events	N of Remaining Cases
			Estimate	Std. Error		
1	1,000	1	.	.	1	134
2	1,000	1	.	.	2	133
3	1,000	1	.	.	3	132
4	1,000	1	.	.	4	131
5	1,000	1	.	.	5	130
6	1,000	1	.	.	6	129
7	1,000	1	.	.	7	128
8	1,000	1	.	.	8	127
9	1,000	1	.	.	9	126
10	1,000	1	.	.	10	125
11	1,000	1	.	.	11	124
12	1,000	1	.	.	12	123
13	1,000	1	.	.	13	122
14	1,000	1	.	.	14	121
15	1,000	1	.	.	15	120
16	1,000	1	.	.	16	119
17	1,000	1	.	.	17	118
18	1,000	1	.	.	18	117
19	1,000	1	.	.	19	116

20	1,000	1	.	.	20	115
21	1,000	1	.	.	21	114
22	1,000	1	,837	,032	22	113
23	2,000	1	.	.	23	112
24	2,000	1	.	.	24	111
25	2,000	1	.	.	25	110
26	2,000	1	.	.	26	109
27	2,000	1	.	.	27	108
28	2,000	1	.	.	28	107
29	2,000	1	.	.	29	106
30	2,000	1	.	.	30	105
31	2,000	1	.	.	31	104
32	2,000	1	.	.	32	103
33	2,000	1	.	.	33	102
34	2,000	1	.	.	34	101
35	2,000	1	.	.	35	100
36	2,000	1	.	.	36	99
37	2,000	1	.	.	37	98
38	2,000	1	,719	,039	38	97
39	3,000	1	.	.	39	96
40	3,000	1	.	.	40	95
41	3,000	1	.	.	41	94
42	3,000	1	.	.	42	93
43	3,000	1	.	.	43	92
44	3,000	1	.	.	44	91
45	3,000	1	.	.	45	90
46	3,000	1	.	.	46	89
47	3,000	1	.	.	47	88
48	3,000	1	.	.	48	87
49	3,000	1	.	.	49	86
50	3,000	1	.	.	50	85
51	3,000	1	.	.	51	84
52	3,000	1	.	.	52	83
53	3,000	1	.	.	53	82
54	3,000	1	,600	,042	54	81
55	4,000	1	.	.	55	80
56	4,000	1	.	.	56	79
57	4,000	1	.	.	57	78
58	4,000	1	.	.	58	77
59	4,000	1	.	.	59	76
60	4,000	1	.	.	60	75
61	4,000	1	.	.	61	74
62	4,000	1	.	.	62	73
63	4,000	1	.	.	63	72
64	4,000	1	,526	,043	64	71
65	5,000	1	.	.	65	70
66	5,000	1	.	.	66	69
67	5,000	1	.	.	67	68
68	5,000	1	.	.	68	67
69	5,000	1	.	.	69	66
70	5,000	1	.	.	70	65
71	5,000	1	,474	,043	71	64
72	6,000	1	.	.	72	63
73	6,000	1	.	.	73	62
74	6,000	1	.	.	74	61
75	6,000	1	.	.	75	60
76	6,000	1	.	.	76	59
77	6,000	1	,430	,043	77	58
78	7,000	1	.	.	78	57
79	7,000	1	.	.	79	56
80	7,000	1	.	.	80	55
81	7,000	1	.	.	81	54
82	7,000	1	,393	,042	82	53
83	12,000	0	.	.	82	52
84	12,000	0	.	.	82	51
85	12,000	0	.	.	82	50
86	12,000	0	.	.	82	49
87	12,000	0	.	.	82	48
88	12,000	0	.	.	82	47
89	12,000	0	.	.	82	46

90	12,000	0	.	.	82	45
91	12,000	0	.	.	82	44
92	12,000	0	.	.	82	43
93	12,000	0	.	.	82	42
94	12,000	0	.	.	82	41
95	12,000	0	.	.	82	40
96	12,000	0	.	.	82	39
97	12,000	0	.	.	82	38
98	12,000	0	.	.	82	37
99	12,000	0	.	.	82	36
100	12,000	0	.	.	82	35
101	12,000	0	.	.	82	34
102	12,000	0	.	.	82	33
103	12,000	0	.	.	82	32
104	12,000	0	.	.	82	31
105	12,000	0	.	.	82	30
106	12,000	0	.	.	82	29
107	12,000	0	.	.	82	28
108	12,000	0	.	.	82	27
109	12,000	0	.	.	82	26
110	12,000	0	.	.	82	25
111	12,000	0	.	.	82	24
112	12,000	0	.	.	82	23
113	12,000	0	.	.	82	22
114	12,000	0	.	.	82	21
115	12,000	0	.	.	82	20
116	12,000	0	.	.	82	19
117	12,000	0	.	.	82	18
118	12,000	0	.	.	82	17
119	12,000	0	.	.	82	16
120	12,000	0	.	.	82	15
121	12,000	0	.	.	82	14
122	12,000	0	.	.	82	13
123	12,000	0	.	.	82	12
124	12,000	0	.	.	82	11
125	12,000	0	.	.	82	10
126	12,000	0	.	.	82	9
127	12,000	0	.	.	82	8
128	12,000	0	.	.	82	7
129	12,000	0	.	.	82	6
130	12,000	0	.	.	82	5
131	12,000	0	.	.	82	4
132	12,000	0	.	.	82	3
133	12,000	0	.	.	82	2
134	12,000	0	.	.	82	1
135	12,000	0	.	.	82	0



**Apêndice M – *Output* do SPSS relativo ao curso da resposta ao tratamento  
com o critério de recuperação completa**



## Kaplan-Meier – Recuperação completa END durante 4 semanas

**Case Processing Summary**

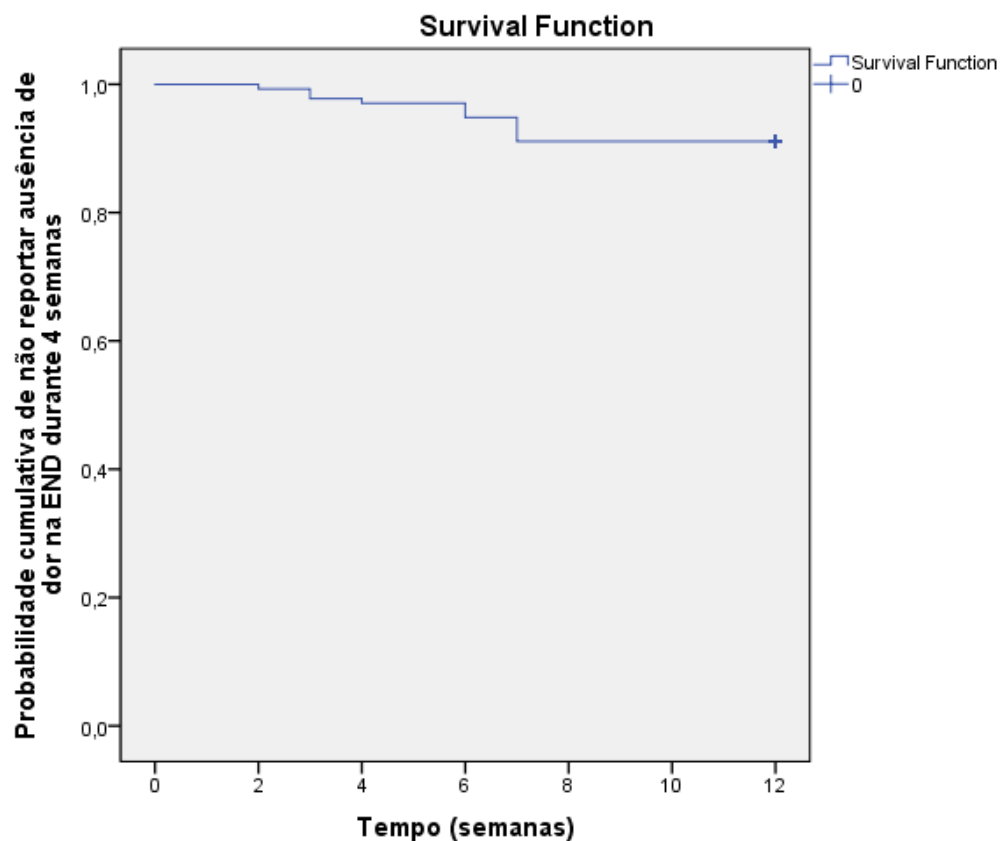
Total N	N of Events	Censored	
		N	Percent
135	12	123	91,1%

**Survival Table**

	Time	Status	Cumulative Proportion Surviving at the Time		N of Cumulative Events	N of Remaining Cases
			Estimate	Std. Error		
1	2,000	1	,993	,007	1	134
2	3,000	1	.	.	2	133
3	3,000	1	,978	,013	3	132
4	4,000	1	,970	,015	4	131
5	6,000	1	.	.	5	130
6	6,000	1	.	.	6	129
7	6,000	1	,948	,019	7	128
8	7,000	1	.	.	8	127
9	7,000	1	.	.	9	126
10	7,000	1	.	.	10	125
11	7,000	1	.	.	11	124
12	7,000	1	,911	,024	12	123
13	12,000	0	.	.	12	122
14	12,000	0	.	.	12	121
15	12,000	0	.	.	12	120
16	12,000	0	.	.	12	119
17	12,000	0	.	.	12	118
18	12,000	0	.	.	12	117
19	12,000	0	.	.	12	116
20	12,000	0	.	.	12	115
21	12,000	0	.	.	12	114
22	12,000	0	.	.	12	113
23	12,000	0	.	.	12	112
24	12,000	0	.	.	12	111
25	12,000	0	.	.	12	110
26	12,000	0	.	.	12	109
27	12,000	0	.	.	12	108
28	12,000	0	.	.	12	107
29	12,000	0	.	.	12	106
30	12,000	0	.	.	12	105
31	12,000	0	.	.	12	104
32	12,000	0	.	.	12	103
33	12,000	0	.	.	12	102
34	12,000	0	.	.	12	101
35	12,000	0	.	.	12	100
36	12,000	0	.	.	12	99
37	12,000	0	.	.	12	98
38	12,000	0	.	.	12	97
39	12,000	0	.	.	12	96
40	12,000	0	.	.	12	95
41	12,000	0	.	.	12	94
42	12,000	0	.	.	12	93
43	12,000	0	.	.	12	92
44	12,000	0	.	.	12	91
45	12,000	0	.	.	12	90
46	12,000	0	.	.	12	89
47	12,000	0	.	.	12	88
48	12,000	0	.	.	12	87
49	12,000	0	.	.	12	86
50	12,000	0	.	.	12	85
51	12,000	0	.	.	12	84
52	12,000	0	.	.	12	83
53	12,000	0	.	.	12	82

54	12,000	0	.	.	12	81
55	12,000	0	.	.	12	80
56	12,000	0	.	.	12	79
57	12,000	0	.	.	12	78
58	12,000	0	.	.	12	77
59	12,000	0	.	.	12	76
60	12,000	0	.	.	12	75
61	12,000	0	.	.	12	74
62	12,000	0	.	.	12	73
63	12,000	0	.	.	12	72
64	12,000	0	.	.	12	71
65	12,000	0	.	.	12	70
66	12,000	0	.	.	12	69
67	12,000	0	.	.	12	68
68	12,000	0	.	.	12	67
69	12,000	0	.	.	12	66
70	12,000	0	.	.	12	65
71	12,000	0	.	.	12	64
72	12,000	0	.	.	12	63
73	12,000	0	.	.	12	62
74	12,000	0	.	.	12	61
75	12,000	0	.	.	12	60
76	12,000	0	.	.	12	59
77	12,000	0	.	.	12	58
78	12,000	0	.	.	12	57
79	12,000	0	.	.	12	56
80	12,000	0	.	.	12	55
81	12,000	0	.	.	12	54
82	12,000	0	.	.	12	53
83	12,000	0	.	.	12	52
84	12,000	0	.	.	12	51
85	12,000	0	.	.	12	50
86	12,000	0	.	.	12	49
87	12,000	0	.	.	12	48
88	12,000	0	.	.	12	47
89	12,000	0	.	.	12	46
90	12,000	0	.	.	12	45
91	12,000	0	.	.	12	44
92	12,000	0	.	.	12	43
93	12,000	0	.	.	12	42
94	12,000	0	.	.	12	41
95	12,000	0	.	.	12	40
96	12,000	0	.	.	12	39
97	12,000	0	.	.	12	38
98	12,000	0	.	.	12	37
99	12,000	0	.	.	12	36
100	12,000	0	.	.	12	35
101	12,000	0	.	.	12	34
102	12,000	0	.	.	12	33
103	12,000	0	.	.	12	32
104	12,000	0	.	.	12	31
105	12,000	0	.	.	12	30
106	12,000	0	.	.	12	29
107	12,000	0	.	.	12	28
108	12,000	0	.	.	12	27
109	12,000	0	.	.	12	26
110	12,000	0	.	.	12	25
111	12,000	0	.	.	12	24
112	12,000	0	.	.	12	23
113	12,000	0	.	.	12	22
114	12,000	0	.	.	12	21
115	12,000	0	.	.	12	20
116	12,000	0	.	.	12	19
117	12,000	0	.	.	12	18
118	12,000	0	.	.	12	17
119	12,000	0	.	.	12	16
120	12,000	0	.	.	12	15
121	12,000	0	.	.	12	14
122	12,000	0	.	.	12	13
123	12,000	0	.	.	12	12

124	12,000	0	.	.	12	11
125	12,000	0	.	.	12	10
126	12,000	0	.	.	12	9
127	12,000	0	.	.	12	8
128	12,000	0	.	.	12	7
129	12,000	0	.	.	12	6
130	12,000	0	.	.	12	5
131	12,000	0	.	.	12	4
132	12,000	0	.	.	12	3
133	12,000	0	.	.	12	2
134	12,000	0	.	.	12	1
135	12,000	0	.	.	12	0



### Kaplan-Meier – Recuperação completa na QBPDS durante 4 semanas

**Case Processing Summary**

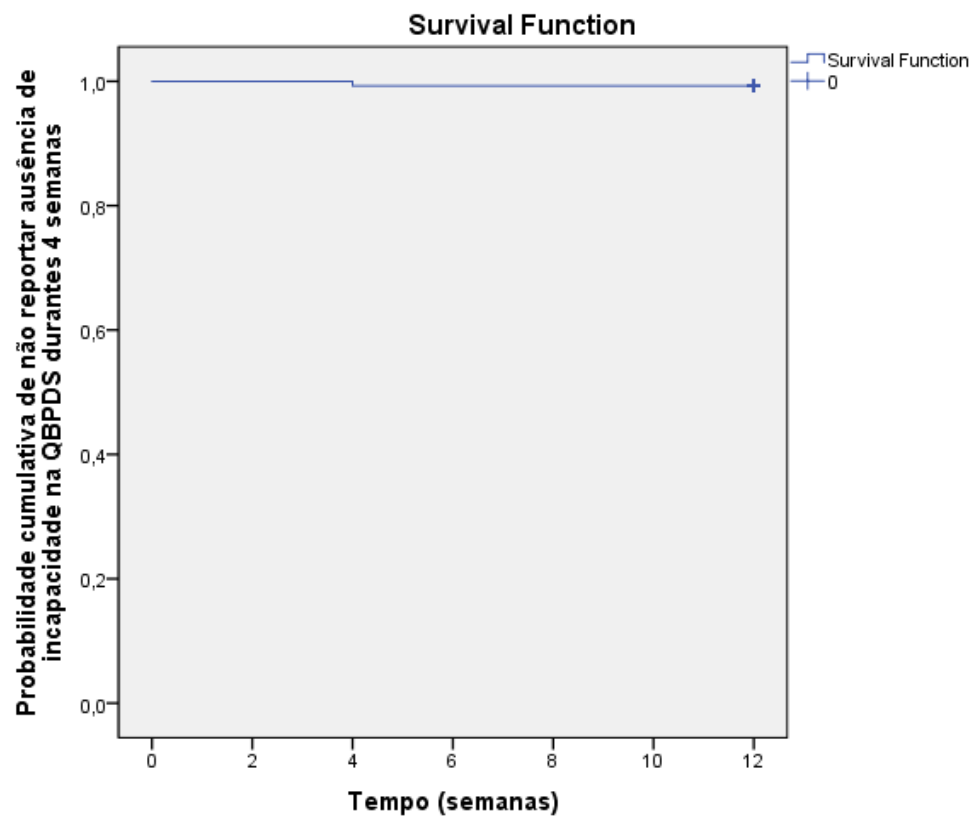
Total N	N of Events	Censored	
		N	Percent
135	1	134	99,3%

**Survival Table**

	Time	Status	Cumulative Proportion Surviving at the Time		N of Cumulative Events	N of Remaining Cases
			Estimate	Std. Error		
1	4,000	1	,993	,007	1	134
2	12,000	0	.	.	1	133
3	12,000	0	.	.	1	132
4	12,000	0	.	.	1	131

5	12,000	0	.	.	1	130
6	12,000	0	.	.	1	129
7	12,000	0	.	.	1	128
8	12,000	0	.	.	1	127
9	12,000	0	.	.	1	126
10	12,000	0	.	.	1	125
11	12,000	0	.	.	1	124
12	12,000	0	.	.	1	123
13	12,000	0	.	.	1	122
14	12,000	0	.	.	1	121
15	12,000	0	.	.	1	120
16	12,000	0	.	.	1	119
17	12,000	0	.	.	1	118
18	12,000	0	.	.	1	117
19	12,000	0	.	.	1	116
20	12,000	0	.	.	1	115
21	12,000	0	.	.	1	114
22	12,000	0	.	.	1	113
23	12,000	0	.	.	1	112
24	12,000	0	.	.	1	111
25	12,000	0	.	.	1	110
26	12,000	0	.	.	1	109
27	12,000	0	.	.	1	108
28	12,000	0	.	.	1	107
29	12,000	0	.	.	1	106
30	12,000	0	.	.	1	105
31	12,000	0	.	.	1	104
32	12,000	0	.	.	1	103
33	12,000	0	.	.	1	102
34	12,000	0	.	.	1	101
35	12,000	0	.	.	1	100
36	12,000	0	.	.	1	99
37	12,000	0	.	.	1	98
38	12,000	0	.	.	1	97
39	12,000	0	.	.	1	96
40	12,000	0	.	.	1	95
41	12,000	0	.	.	1	94
42	12,000	0	.	.	1	93
43	12,000	0	.	.	1	92
44	12,000	0	.	.	1	91
45	12,000	0	.	.	1	90
46	12,000	0	.	.	1	89
47	12,000	0	.	.	1	88
48	12,000	0	.	.	1	87
49	12,000	0	.	.	1	86
50	12,000	0	.	.	1	85
51	12,000	0	.	.	1	84
52	12,000	0	.	.	1	83
53	12,000	0	.	.	1	82
54	12,000	0	.	.	1	81
55	12,000	0	.	.	1	80
56	12,000	0	.	.	1	79
57	12,000	0	.	.	1	78
58	12,000	0	.	.	1	77
59	12,000	0	.	.	1	76
60	12,000	0	.	.	1	75
61	12,000	0	.	.	1	74
62	12,000	0	.	.	1	73
63	12,000	0	.	.	1	72
64	12,000	0	.	.	1	71
65	12,000	0	.	.	1	70
66	12,000	0	.	.	1	69
67	12,000	0	.	.	1	68
68	12,000	0	.	.	1	67
69	12,000	0	.	.	1	66
70	12,000	0	.	.	1	65
71	12,000	0	.	.	1	64
72	12,000	0	.	.	1	63
73	12,000	0	.	.	1	62
74	12,000	0	.	.	1	61

75	12,000	0	.	.	1	60
76	12,000	0	.	.	1	59
77	12,000	0	.	.	1	58
78	12,000	0	.	.	1	57
79	12,000	0	.	.	1	56
80	12,000	0	.	.	1	55
81	12,000	0	.	.	1	54
82	12,000	0	.	.	1	53
83	12,000	0	.	.	1	52
84	12,000	0	.	.	1	51
85	12,000	0	.	.	1	50
86	12,000	0	.	.	1	49
87	12,000	0	.	.	1	48
88	12,000	0	.	.	1	47
89	12,000	0	.	.	1	46
90	12,000	0	.	.	1	45
91	12,000	0	.	.	1	44
92	12,000	0	.	.	1	43
93	12,000	0	.	.	1	42
94	12,000	0	.	.	1	41
95	12,000	0	.	.	1	40
96	12,000	0	.	.	1	39
97	12,000	0	.	.	1	38
98	12,000	0	.	.	1	37
99	12,000	0	.	.	1	36
100	12,000	0	.	.	1	35
101	12,000	0	.	.	1	34
102	12,000	0	.	.	1	33
103	12,000	0	.	.	1	32
104	12,000	0	.	.	1	31
105	12,000	0	.	.	1	30
106	12,000	0	.	.	1	29
107	12,000	0	.	.	1	28
108	12,000	0	.	.	1	27
109	12,000	0	.	.	1	26
110	12,000	0	.	.	1	25
111	12,000	0	.	.	1	24
112	12,000	0	.	.	1	23
113	12,000	0	.	.	1	22
114	12,000	0	.	.	1	21
115	12,000	0	.	.	1	20
116	12,000	0	.	.	1	19
117	12,000	0	.	.	1	18
118	12,000	0	.	.	1	17
119	12,000	0	.	.	1	16
120	12,000	0	.	.	1	15
121	12,000	0	.	.	1	14
122	12,000	0	.	.	1	13
123	12,000	0	.	.	1	12
124	12,000	0	.	.	1	11
125	12,000	0	.	.	1	10
126	12,000	0	.	.	1	9
127	12,000	0	.	.	1	8
128	12,000	0	.	.	1	7
129	12,000	0	.	.	1	6
130	12,000	0	.	.	1	5
131	12,000	0	.	.	1	4
132	12,000	0	.	.	1	3
133	12,000	0	.	.	1	2
134	12,000	0	.	.	1	1
135	12,000	0	.	.	1	0



**Apêndice N – *Output* do SPSS relativo às recorrências**

## Frequencies

### Statistics

Recorr\_END30\_1sem

N	Valid	96
	Missing	39

### Recorr\_END30\_1sem

	Frequency	Percent
Recorrentes	65	67,70
Recuperados	96	71,1
Não atingiram critério	39	28,9

## Frequencies

### Statistics

Recorr\_QBPDS30\_1sem

N	Valid	80
	Missing	55

### Recorr\_QBPDS30\_1sem

	Frequency	Percent
Recorrentes	41	
Recuperados	80	59,3
Não atingiram critério	55	40,7

## Frequencies

### Statistics

Recorr\_GBRS\_1sem

N	Valid	111
	Missing	24

### Recorr\_GBRS\_1sem

	Frequency	Percent
Recorrentes	32	
Recuperados	111	82,2
Não atingiram o critério	24	17,8